



Allegato B)

**Alla Responsabile
dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale di
GINOSA**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE -
FONDO CAREGIVER FAMILIARE 2024
D.M. 08/01/2025 - D.G.R. n. 1092/2025. A.D. 1515/2025.**

AVVISO PUBBLICO PER LA EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI PERSONE DISABILI GRAVISSIME NON AUTOSUFFICIENTI - Anno 2024

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome) _____ (Nome)
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (____)
Residente a _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Codice fiscale _____ Numero di telefono _____
Email _____ PEC _____

VISTA la D.G.R. n. 1092 del 04/08/2025 con oggetto: "Decreto 08 gennaio 2025 (GU serie generale n. 104 del 07-05-2025) – Riparto Fondi caregiver familiare per l'anno 2024. Variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, ex art. 51, comma 2 del d.lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii per iscrizione di complessivi € 2.004.000,00. Approvazione proposta di programmazione regionale.".

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale di Ginosa per la erogazione di un contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver Familiare di persone disabili gravissime non autosufficienti – Annualita' 2024", approvato con Determina n. 375 del 13.04.2026;

CHIEDE

di poter accedere al contributo una tantum di € 500,00 di cui alla D.G.R. n. 1092 del 04/08/2025.

DICHIARA



Ai sensi degli artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445:

- di essere il caregiver familiare, ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205 (come testualmente riportato all'art 2 "Definizione di caregiver" dell'avviso pubblico di cui alla Determina n.375 del 13.04.2026), del Sig./Sig.ra _____
Codice Fiscale _____ nato/a _____
(____) il ____/____/____, residente a _____ (____) in
via/piazza _____ n° _____, dichiarazione Isee prot. n. _____
_____ in corso di validità pari a € _____
- di essere: - convivente - non convivente della persona disabile assistita
- di avere un ISEE 2026 di € _____;
- che la relazione di parentela o affinità con la persona disabile assistita è la seguente:
_____;
- che la persona disabile assistita è in possesso del certificato di riconoscimento di disabilità (L. 104/1992) rilasciato in data _____ da _____;
- che la persona disabile assistita è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, riconosciuto a partire dalla data _____;
- che la persona disabile assistita non è ricoverata presso strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie assistenziali;
- che la persona disabile assistita è temporaneamente ricoverata presso strutture ospedaliere/riabilitative dal _____ presso _____;
- che la persona disabile assistita non beneficia del contributo denominato "Sostegno Familiare";
- che l'attività di caregiver si sostanzia in uno o più delle sotto elencate azioni (segnare l'azione svolta in maniera continuativa):



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Comune di Castellana Grotte



Comune di Palagianello

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del del GDPR 2016/679 (Regolamento UE sulla protezione dei dati personali) per i soli fini della presente dichiarazione.

Data _____

FIRMA

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Data _____

FIRMA
