C_L447 - - 1 - 2026-04-20 - 0008434

ALLEGATO B

Oggetto: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITA' 2024- D.P.C.M. 8 gennaio 2025

Il/la sottoscritto/a (caregiver)COGNOME …… NOME ……

nato/a a …… il …… Codice Fiscale

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| residente a ……

in via …… CAP …… tel./cell ……

email/PEC ……

CHIEDE

di essere ammesso al CONTRIBUTO DI SOLLIEVO per caregiver familiare (Fondo annualità 2024) finalizzato alla fruizione di prestazioni di tregua dall'assistenza alla persona con disabilità e di ricorrere alla sostituzione nel lavoro di cura con l'individuazione di un sostituto:

sig./ sig.ra_____

DICHIARA

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

1. di assistere in maniera continuativa

   sig./sig.ra ……

   nato/a a…… il……

   Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

   residente a…… in via ……

   (la residenza deve essere obbligatoriamente la stessa del caregiver)

   tel./cell…… e-mail/PEC……

2. di avere il seguente rapporto di parentela o affinità:

❑ coniuge ❑ unito civilmente ❑ convivente ❑ padre/madre ❑ figlio/figlia ❑ fratello/sorella ❑ genero/nuora ❑ nonno/nonna ❑ nipote ❑ suocero/suocera ❑ cognato/cognata

3. che il proprio congiunto convivente si trova nella seguente condizione:

❑ persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016 e beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;

4. di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di incompatibilità per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza;
5. Di non essere beneficiario della misura Sostegno familiare.

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo
(Il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente)
(Non è consentito l'accredito su libretti postali)
Accredito su conto corrente intestato a ……
IBAN:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Allega alla presente:

☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito e del caregiver;

☐ fotocopia certificato di invalidità;

☐ certificazione ISEE ordinario anno 2026;

☐ eventuale fotocopia del certificato di invalidità di altri componenti il nucleo familiare;

☐ titolo di soggiorno laddove ricorre il caso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 9 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Troia lì, _____ IL/LA DICHIARANTE

_____

C_L447 - - 1 - 2026-04-20 - 0008434