Ambito Territoriale di Troia

Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia, ASL FG, Provincia di Foggia

Ufficio di Piano

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

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

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