



Amministrazione destinataria

Azienda ASP ambito 9

Ufficio destinatario

Ufficio disabilità

Domanda di accesso al contributo per i caregiver

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della normativa regionale vigente

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale per la seguente persona

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

- che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima nell'ambito dell'intervento "disabilità gravissima" sostenuto con il fondo nazionale per le non autosufficienze FNA

In data	Dalla commissione numero	di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- che la persona assistita non beneficia del contributo per gli interventi: "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica", familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019; "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti, Vita Indipendente

che la persona assistita è in vita alla data di presentazione della domanda

Jesi

Luogo

Data

Il dichiarante

COMUNICA

Le coordinate bancarie o postali per ricevere il contributo

- conto corrente postale (non libretto)
 conto corrente bancario

Presso

Intestato a

Codice fiscale

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

IBAN

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'attestazione ISEE
 copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
 altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.