

ALLEGATO A – ISTANZA DI ACCESSO

AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO "UNA TANTUM" PER IL RICONOSCIMENTO DEL VALORE SOCIALE ED ECONOMICO DELL'ATTIVITA' DI CURA NON PROFESSIONALE DEL CAREGIVER FAMILIARE - di cui alla DGR 1092/2025 E AD 1515/2025 DELLA REGIONE PUGLIA.

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
a _____ e residente nel Comune di _____ in
via _____ n. civico _____ CAP. _____.
Recapito telefonico: _____, e-mail _____
Codice Fiscale _____.

in qualità di caregiver familiare (Art. 2 dell'Avviso pubblico) Del Disabile Assistito:

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
a _____ residente in _____ Via _____
n. civico _____ CAP. _____.
Codice Fiscale _____.

consapevole, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, delle responsabilità penali previste per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, nonché del fatto che, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento **emanato sulla base della dichiarazione non veritiera**,

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

- ☐ di essere maggiorenne e residente nel Comune di _____
- ☐ di essere caregiver familiare di una persona disabile residente nel Comune di _____
- ☐ di avere con il/la sig./ra (*nome e cognome del Disabile Gravissimo*) _____ il seguente rapporto di parentela/affinità:

- ☐ Coniuge
- ☐ Altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso;
- ☐ Convivente di fatto ai sensi della Legge 20 maggio 2016 n. 76
- ☐ Familiare entro il secondo grado
- ☐ Affine entro il secondo grado
- ☐ Parente o affine entro il terzo grado

- ☐ di svolgere il ruolo di caregiver familiare ai sensi dell'art. 1, comma 255 della L. 30 dicembre 2017 n. 205 in **maniera continuativa** a favore della persona con disabilità;

☐ di essere caregiver familiare di una persona con disabilità gravissima in possesso della certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della L. 104/92 e titolare dell'indennità di accompagnamento;

☐ che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE ORDINARIO è inferiore o pari a:

☐ € 60.000,00 in caso di caregiver di adulti con disabilità, prot. n. _____ rilasciato il ____/____/____ pari a € _____;

☐ € 80.000,00 in caso di caregiver di minori con disabilità, prot. n. _____ rilasciato il ____/____/____ pari a € _____;

☐ di **NON beneficiare della misura “Sostegno familiare 2025”**;

☐ che la persona disabile assistita **NON** è ricoverata presso strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie assistenziali;

☐ di allegare la seguente documentazione obbligatoria in formato pdf:

- copia del certificato di invalidità ai sensi della L.102/2009 e handicap ai sensi della L. 104/1992 che attesti la condizione di non autosufficienza;
- documento di identità in corso di validità e CF del caregiver familiare e del disabile assistito;
- ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare del caregiver;
- copia dell'attestazione bancaria che riporti il codice IBAN intestato al caregiver familiare richiedente il beneficio e/o autodichiarazione IBAN;

_____, lì _____

Firma

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____
a _____ e residente nel Comune di _____ in
via _____ n. civico _____ CAP. _____.

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa privacy allegata all'Avviso pubblico a sportello per l'accesso al contributo "una tantum" per il riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare.

_____, lì _____

Firma
