

**AL COORDINATORE DELL'ENTE  
CAPOFILA DELL'AMBITO  
TERRITORIALE SOCIALE N.22  
DI ASCOLI PICENO**  
c/o Comune di Ascoli Piceno  
Piazza Arringo 7  
63100 Ascoli Piceno (AP)  
[comune.ap@pec.it](mailto:comune.ap@pec.it)

**Dichiarazione sostitutiva**  
(art. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)

**DGR n. 1385/2025**  
**Fondo CAREGIVER FAMILIARE 2024**  
**Domanda contributo**  
(ai sensi del D.M. 08/01/2025)

**Domanda del CAREGIVER FAMILIARE**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
Via e Numero	
CAP	
Codice fiscale	
Numero di telefono	
Email	
PEC	

*PRESA visione della DGR n. 1385 del 11/08/2025 recante: "Decreto del Ministro per le Disabilità del 08/01/2025 "Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare per l'anno 2024". Approvazione dei criteri di riparto delle risorse agli Ambiti Territoriali Sociali e delle modalità attuative dell'intervento".*

**VISTO** l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale relativo all'intervento a favore del caregiver familiare

**DICHIARA**

- di essere il caregiver familiare che fornisce assistenza continuativa prevalente e globale al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;
- che la persona assistita di cui al punto precedente è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato in data \_\_\_\_--\_\_\_\_ dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso l'Azienda Sanitaria Territoriale - AST di \_\_\_\_\_ nell'ambito dell'intervento "Disabilità gravissima" sostenuto con il Fondo Nazionale per le non autosufficienze – FNA.

**Inoltre dichiara:**

- 1. Che il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, sia stato riconosciuto alla persona assistita dal caregiver familiare a partire dalla data:**

- 2. la persona in condizione di "disabilità gravissima":**

- ☐ è stata ricoverata nel 2024 presso strutture di qualsiasi tipo autorizzate, accreditate e convenzionate, pubbliche e private per i seguenti periodi:

1) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

2) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

3) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

per un totale di giorni complessivi di ricovero pari a \_\_\_\_\_

- ☐ è deceduta in data

- 3. che la persona in condizione di "disabilità gravissima"**

- ☐ non beneficia del contributo regionale "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)";
- ☐ non beneficia del contributo regionale "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;
- ☐ non beneficia del contributo - "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti nell'ambito del Fondo per le non autosufficienze;
- ☐ Vita indipendente.

- ☐ Conto corrente postale
- ☐ Conto corrente bancario

presso ..... Agenzia/filiale di .....

intestato a .....

Codice IBAN:

[illegible]

**Visto quanto sopra**

## CHIEDE

Di poter accedere al contributo di cui alla DGR n. 1385 del 11/08/2025.

## ALLEGA

- ISEE (DSU) del sottoscritto;
- copia di un documento d'identità valido del sottoscrittore;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per i fini propri della presente dichiarazione.

## Data

\_\_\_\_\_

FIRMA

--