

Amministrazione destinataria

Azienda ASP ambito 9

Ufficio destinatario

Ufficio disabilità

Domanda di accesso al contributo per i caregiver**Il sottoscritto**

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

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)***Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

CHIEDE

di poter accedere al contributo previsto per la figura del caregiver familiare ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 11/08/2025, n. 1385

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

- ☒ che la persona assistita è in possesso del certificato di riconoscimento della disabilità gravissima rilasciato dalla Commissione Sanitaria Provinciale operante presso l'AST nell'ambito dell'intervento "disabilità gravissima" sostenuto con il fondo nazionale per le non autosufficienze FNA

In data	AST di riferimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ☒ che il beneficio dell'indennità di accompagnamento, ai sensi della Legge 11/02/1980, n. 18, sia stato riconosciuto alla persona assistita dal caregiver familiare a partire dalla seguente data

Data

- ☐ che 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

Dal

Al

Totale giorni complessivi di ricovero

- ☐ che la persona in condizione di disabilità gravissima è deceduta

Data decesso

- ☐ 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)
- ☐ 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 un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del DPCM 12/01/20217
- ☐ che la persona in condizione di disabilità gravissima non beneficia del contributo "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti nell'ambito del Fondo per le non autosufficienze
- ☐ che la persona in condizione di disabilità gravissima non beneficia del contributo di vita indipendente

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 (numero massimo di caratteri: 800)

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 valido del sottoscrittore
- ☐ 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.

Jesi

Luogo

Data

il dichiarante