



## ALLEGATO B

**AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI ACCESSO AL "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 di cui al D.M. DEL 08/01/2025"**

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo email \_\_\_\_\_;

**in qualità di caregiver familiare (Art. 1 dell'Avviso pubblico) di:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ domiciliato presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

Di essere:

- Maggiorene e residente in Puglia;
- Convivente nel nucleo familiare dell'assistito/a;
- il suo amministratore di sostegno, tutore o curatore (allegare documentazione)

**DICHIARA INOLTRE**

(ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000)

- di essere caregiver di una persona con disabilità gravissima (accertata con Verbale di invalidità n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_);
- di avere un lungo periodo di carico assistenziale;

- che la propria situazione reddituale, risultante da certificazione ISEE ORDINARIO è pari ad €\_\_\_\_\_;
- di trovarsi nella condizione di inoccupato o disoccupato a causa del lavoro di cura alla persona disabile;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DATA\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

**Allegati:**

- copia del certificato di invalidità che attesti la condizione di non autosufficienza
- documento di identità valido del Caregiver e del disabile assistito;
- ISEE Ordinario in corso di validità del nucleo familiare;
- attestazione bancaria che riporti il codice IBAN intestato al Caregiver richiedente il beneficio;
- ogni altra utile documentazione relativa a consentire la valutazione dei punteggi
- Informativa privacy firmata