



# UNIONE DEI COMUNI “MONTAGNA MARSICANA”

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

## **MODELLO DI DOMANDA: BENEFICI A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PER L'ANNO 2022**

(si prega di scrivere in modo leggibile e in stampatello)

### DATI DEL CAREGIVER

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TELEFONO: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

VALORE ISEE ORDINARIO (in €): \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice)*

### DATI DEL CONGIUNTO CONVIVENTE ASSISTITO E/O FAMILIARE ASSISTITO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

**INDICARE LA CERTIFICAZIONE SANITARIA INDICANDO LA TIPOLOGIA DI DISABILITÀ GRAVISSIMA E/O INVALIDITÀ (da allegare alla presente a pena di esclusione):**


---



---



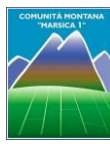
---



---

**IL CAREGIVER DICHIARA di CONVIVERE** con il Congiunto Convivente in condizione di disabilità gravissima con (barrare la voce):

- Stesso DOMICILIO;  
 Stessa RESIDENZA;



# UNIONE DEI COMUNI “MONTAGNA MARSICANA”

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

## DICHIARA INOLTRE:

- Di assistere il **CONGIUNTO CONVIVENTE** in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali;
- Di aver preso visione per intero dell'Avviso Pubblico;
- Di essere consapevole della verifica delle certificazioni sanitarie con U.V.M. presso i Distretti Sanitari;
- Di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza, e DICHIARA di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei benefici incompatibili con l'intervento indicati nell'Avviso Pubblico;
- Di essere consapevole delle modalità, calcolo e tempistiche dell'erogazione del beneficio esplicitate nell'Avviso Pubblico;
- Di essere consapevole che l'amministrazione anche attraverso gli Assistenti Sociali del Segretariato Sociale;
- di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del beneficio;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione dell'apposito Accordo di fiducia tra il Caregiver e l'Unione dei Comuni Montagna Marsicana ECAD n.2 Marsica;

**DICHIARA** inoltre di essere consapevole che con la firma le dichiarazioni rese nell'istanza costituiscono autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso, anche attraverso la richiesta di stipula di relazioni e/o questionari da parte dell'Amministrazione. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante (caregiver) oltre a rispondere ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/200 ss.mm.ii., decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Si allega alla presente:

- fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver e del familiare assistito;
- titoli di soggiorno o domicilio laddove ricorre il caso;
- certificazione/i sanitarie del familiare assistito;
- modello **ISEE ORDINARIO del Caregiver** in corso di validità, con scadenza al 31/12/2024;

Luogo e data

\_\_\_\_\_

FIRMA  
IL DICHIARANTE (CAREGIVER)

\_\_\_\_\_