



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato
di welfare ambito-zona di Poggiardo

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiardo,
Sanarica, S. Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

Allegato A)

Al Direttore dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale
di POGGIARDO

**MODELLO DI DOMANDA
PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO "UNA TANTUM" PER IL SOSTEGNO AL RUOLO
DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PER L'ANNUALITA' 2024**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ (____) in Via _____
n. _____ Codice Fiscale _____, Telefono _____
Email _____, Pec _____

consapevole ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

CHIEDE

di poter accedere al contributo "una tantum" di € 500,00 di cui alla D.G.R. n. 1092 del 04/08/2025.

A tal fine,

DICHIARA

di essere il caregiver familiare, **ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205** (come testualmente riportato all'art 2 "Definizione di caregiver" dell'avviso pubblico), del Sig./Sig.ra _____ Codice Fiscale _____
_____ nato/a _____ (____) il
____/____/____, residente a _____ (____) in via
_____ n° _____, e di svolgere attività di assistenza in favore
della persona assistita in maniera globale e continua;

di avere un ISEE 2026 pari a € _____;

che il rapporto di parentela del caregiver con l'assistito ai sensi dell'art. 1, comma 255 della L. 30 dicembre 2017 n. 205 è il seguente: _____;

che la persona disabile assistita è in possesso del certificato di riconoscimento di disabilità (L. 104/1992) rilasciato in data _____;

che la persona disabile assistita è in possesso dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, riconosciuto a partire dalla data _____;

che la persona disabile assistita non è ricoverata presso strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie assistenziali;

che la persona disabile assistita non beneficia del contributo denominato "Sostegno Familiare 2025";

ALLEGA

- ✓ Copia di un documento d'identità valido del dichiarante;
- ✓ Certificato di invalidità e di indennità di accompagnamento; riconoscimento Legge 104/1992;
- ✓ Attestazione ISEE 2026;
- ✓ Copia documento che attesti il codice IBAN intestato al caregiver o cointestato.

Data _____

FIRMA

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del GDPR 2016/679 (Regolamento UE sulla protezione dei dati personali) per i soli fini della presente dichiarazione.

Data _____

FIRMA

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Data _____

FIRMA
