



Spett. le
Azienda Speciale Consortile Garda Sociale
Ufficio di Piano Ambito GARDA
per il tramite di
Spett. Comune di _____

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI MISURE A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ (*per cittadini nati all'Estero indicare lo Stato*) il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ email _____

In qualità di

Diretto interessato

Familiare _____ (specificare grado di parentela)

Altro _____ (specificare)

DEL SIG./SIG.RA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ (*per cittadini nati all'Estero indicare lo Stato*) il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ email _____

CHIEDE

per sé

per la persona per la quale inoltra la domanda

l'accesso al contributo per il **rimborso spese** relative al seguente intervento per favorire la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

o intervento domiciliare fornito dal servizio _____ dell'Ente Gestore _____;

o intervento residenziale extrafamiliare presso _____ (*indicare nome della struttura*)

- tipologia struttura _____ (*es. RSA, CSS, RSD*);

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.

e pertanto **DICHIARA**

- di aver preso visione e di accettare senza riserve le regole contenute nell'Avviso;
- che il/la beneficiario/a è al domicilio con assistenza fornita dal solo caregiver familiare;
- che al/alla beneficiario/a è stata riconosciuta _____

(indicare la gravità' così come accertata ai sensi dell'art. 3 – comma 3, Legge 104/1992 o l'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/88);

- che il beneficiario ha un ISEE pari a € _____ come da attestazione allegata e in corso di validità.

CHIEDE

- che il contributo, se riconosciuto, sia liquidato con una delle seguenti modalità:

direttamente al beneficiario tramite Bonifico sul c/c bancario (**NO LIBRETTO POSTALE**):

▪ **IBAN:** _____

▪ Intestato a: _____

▪ Banca: _____

▪ Agenzia di: _____

▪ Co-intestato a: _____

assegno circolare.

Nel caso in cui l'intestatario/a dell'IBAN sia diverso/a dal beneficiario/a sarà necessario allegare una delega.

Luogo e data

Firma dell'assistito/famigliare/tutore/curatore/amministratore di sostegno
