



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

ALLEGATO A2

(Avviso Pubblico “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare”, approvato con Determinazione UdP n. 132/2022)

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LARINO

AUTODICHIARAZIONE DEL CAREGIVER FAMILIARE

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il /la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

alla via _____ n. _____

e/o, domiciliato in _____

alla via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

in qualità di caregiver familiare, inteso come colui che “*assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n.76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati all'art.33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente o in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980,n.18*” – designato come segue:

- coniuge;
- convivente;
- familiare o affine entro il secondo grado;



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

familiare entro il terzo grado, nei soli casi indicati all'art. 33, comma 3 della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992.

DI ACCETTARE il ruolo di *caregiver* familiare, impegnandosi a prestare assistenza nell'abitazione dell'assistito in maniera continua e prevalente, nei confronti di:

(riportare i dati della persona assistita coincidente con il beneficiario finale in condizione di disabilità gravissima come riportato nel modello di domanda di cui all'allegato A)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

alla via _____ n. _____

e/o, domiciliato in _____

alla via _____ n. _____

e-mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DI aver preso visione del predetto Avviso Pubblico e di accettarne i contenuti e le condizioni di servizio ivi indicate.

di essere a conoscenza che l'ATS di Larino, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;

Alla presente dichiarazione SI ALLEGA la seguente documentazione:

copia di un valido documento di riconoscimento del *caregiver* e della persona assistita;

Luogo e data

Firma del richiedente/*caregiver*