

Spazio riservato al protocollo in  
entrata del comune di residenza

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 DISABILITA' 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 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per sè

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

\_\_\_\_\_