



Comune di Adelfia Comune di Capurso Comune di Triggiano Comune di Cellamare Comune di Valenzano
Comune Capofila

AMBITO TERRITORIALE N.5

Allegato B)

**Al Responsabile
dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale di
Triggiano**

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE - FONDO
CAREGIVER FAMILIARE 2024**

D.M. 08/01/2025 - D.G.R. n. 1092/2025. A.D. 1515/2025.

**AVVISO PUBBLICO PER LA EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO
DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI PERSONE DISABILI GRAVISSIME NON
AUTOSUFFICIENTI - Anno 2024**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e nome) _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ (____) Residente

a _____ Via _____ n. _____ CAP _____ Codice

fiscale _____ Numero di telefono _____ Email

_____ PEC _____

VISTA la D.G.R. n. 1092 del 04/08/2025 con oggetto: "Decreto 08 gennaio 2025 (GU serie generale n. 104 del 07-05-2025) – Riparto Fondi caregiver familiare per l'anno 2024. Variazione al Bilancio di previsione 2025 e pluriennale 2025-2027, ex art. 51, comma 2 del d.lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii per iscrizione di complessivi € 2.004.000,00. Approvazione proposta di programmazione regionale."

VISTO l'Avviso dell'Ambito Territoriale Sociale di Triggiano "per la erogazione di un *contributo una tantum* per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver Familiare di persone disabili gravissime non autosufficienti – Annualità 2024", approvato con Determina n. 880 del 04/05/2026

CHIEDE

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

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445:

- 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 di cui alla Determina n. ____ del _____), del Sig./Sig.ra _____
Codice Fiscale _____ nato/a _____
(____) il ____/____/____, residente a _____ (____) in
via/piazza _____ n° _____, dichiarazione Isee prot. n. _____
_____ in corso di validità pari a € _____
- di essere convivente - non convivente della persona disabile assistita;
- di essere disoccupato/inoccupato - lavoratore con contratto part-time (fino a 20 ore settimanali) –
 lavoratore full-time;
- di avere un ISEE 2026 di € _____;
- che la relazione di parentela o affinità con la persona disabile assistita è la seguente:
_____;
- di possedere un nucleo familiare con:
 - almeno 1 disabile ulteriore rispetto al disabile gravissimo assistito;
 - almeno una persona anziana (= o maggiore di anni 65) diversa dal disabile gravissimo assistito;
 - composto esclusivamente da caregiver familiare e dal disabile gravissimo;
 - almeno 1 minore diverso dal disabile gravissimo assistito non rientrante nei casi precedenti;
- che la persona disabile assistita è in possesso del certificato di riconoscimento di disabilità (L. 104/1992) rilasciato in data _____ da _____;
- 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 è temporaneamente ricoverata presso strutture ospedaliere/riabilitative dal _____ presso _____;
- che la persona disabile assistita non beneficia del contributo denominato "Sostegno Familiare";
- che l'attività di caregiver si sostanzia in uno o più delle sotto elencate azioni (segnare l'azione svolta in maniera continuativa):
 1. preparazione e somministrazione pasti;
 2. somministrazione farmaci;
 3. disbrigo di pratiche e attività di natura burocratica (posta, banca);
 4. accompagnamento presso servizi sociali/socio-assistenziali/sociosanitari/sanitari;

