



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE TA/6

Comune Capofila **Grottaglie**, Comune di **Carosino**, Comune di **Faggiano**, Comune di **Leporano**, Comune di **Monteiasi**, Comune di **Montemesola**, Comune di **Monteparano**, Comune di **Pulsano**, Comune di **Roccaforzata**, Comune di **San Giorgio Jonico**, Comune di **San Marzano di San Giuseppe**, A.S.L. TA – Distretto Socio – Sanitario n. 6

Allegato B)

**Ufficio di Piano
dell’Ambito Territoriale Sociale
di Grottaglie**

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) _____ (Nome)

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ ()

Residente a _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Codice fiscale _____ Numero di telefono _____

E-mail _____ 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 Grottaglie “*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 – Annualita’ 2024*”, approvato con determinazione n. 1310 del 14/05/2026;

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 (Contrassegnare con una crocetta le caselle apposite e compilare i campi richiesti):

- 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° _____;
- che la relazione di parentela o affinità con la persona disabile assistita è la seguente: _____;
- di avere un ISEE 2026 di € _____;
- che la persona disabile assistita è in possesso del certificato di riconoscimento disabilità (L. 104/1992) rilasciato in data da.....;
- che la persona disabile assistita è titolare dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, riconosciuta a partire dalla data del
- 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";
- che l'attività di caregiver si sostanzia in uno o più delle sottoelencate 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;
 5. compagnia;
 6. cura della persona e igiene personale;
 7. cura e igiene del luogo di vita;
 8. supporto alle attività di socializzazione e ricreazione;
 9. altro (specificare) _____

