

- È titolare di **Indennità di accompagnamento** ai sensi della legge 11 febbraio 1980 n. 18 SI NO
se si: come da verbale della Commissione rilasciato in data _____
- È riconosciuta in condizione di **handicap grave** ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 SI NO,
se si: come da verbale della Commissione rilasciato in data _____
- **Beneficia/non beneficia dei seguenti contributi** a sostegno della domiciliarità:
 - a) Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP), di cui all'articolo 41 della legge regionale 6/2006 SI NO
 - b) Cosiddetto "Fondo gravissimi" di cui ai commi 72-74 dell'articolo 10 della legge regionale 30 dicembre 2008, n.17 (Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione -Legge finanziaria 2009) SI NO
 - c) Cosiddetto "Fondo SLA" di cui alla Delibera della Giunta Regionale 12 dicembre 2011, n. 2376 SI NO
- è **consenziente** nei confronti del lavoro di cura e assistenza da me svolto in qualità di caregiver familiare e nei confronti dell'avvio delle procedure per la valutazione in UVM.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione, decado dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ed incorro nelle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR citato,

Dichiaro che l'importo dalla attestazione ISEE del mio nucleo familiare in corso di validità alla data odierna è inferiore/uguale ad € 30.000,00:

attestazione ISEE rilasciata il _____ con scadenza il 31/12/_____ di importo pari ad € _____.

COMUNICA le seguenti coordinate bancarie/postali, nel caso di eventuale accoglimento della domanda:

Bonifico Bancario IBAN: _____

Intestato a _____

(il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente)

Bonifico postale IBAN: _____

Intestato a _____

(il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente – NON SONO VALIDI IBAN DI LIBRETTI POSTALI)

CHIEDE che le comunicazioni relative al servizio siano inviate

all'indirizzo di residenza del richiedente

presso il seguente indirizzo (nome, cognome e indirizzo) _____

SI IMPEGNA a comunicare ogni variazione delle informazioni fornite (*in particolare: variazioni di residenza del caregiver e dell'assistito, variazioni nel ruolo del caregiver, inserimento dell'assistito in struttura protetta e più in generale conclusione del progetto domiciliare, decesso, variazione della situazione ISEE, percezione di contributi a sostegno della domiciliarità, altre informazioni*).

Documenti allegati:

Verbale L. 104/92

Verbale invalidità civile

Codice IBAN

(solo per cittadini extracomunitari) ALLEGO inoltre copia di:
permesso soggiorno/carta soggiorno/ricevuta domanda rilascio copia/permesso di soggiorno.

Data _____ Firma del richiedente _____

.....
COMPILAZIONE A CURA DEL L'UFFICIO RICEVENTE

Autenticazione di sottoscrizione ai sensi del D.Lgs 445/2000

Attesto che il/la Sig./ra Nato/a a il.....
identificato/a mediante:

- conoscenza personale
- carta d'identità n.....
- altro doc. di riconoscimento.....

ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza

Luogo e data

Cognome e nome del funzionario incaricato

Firma del funzionario incaricato.....

Nel caso in cui la dichiarazione non sia firmata in presenza dell'incaricato addetto all'ufficio ricevente, allegare SEMPRE copia di documento di identità valido del dichiarante.