



AMBITO DI ZONA DI GALLIPOLI

PROVINCIA DI LECCE

Comuni di

Gallipoli, Alezio, Alliste, Melissano, Racale, Sannicola, Taviano, Tuglie

Al Dirigente dell'Ufficio di Piano
Dell'Ambito Territoriale Sociale di Gallipoli

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

D.M. 08/01/2025- D.G.R.G 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 – ANNUALITA' 2024**

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome) _____ (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 Gallipoli “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 Determina n. 2861 DEL 10/08/2026

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 avere un ISEE 2026 di € _____;

che la relazione di parentela o affinità con la persona disabile assistita è la seguente:
_____;

che la persona disabile assistita è in possesso del certificato di riconoscimento di disabilità (art. 3 comma 3 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 2025";

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;
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) _____

DICHIARA

Inoltre che le coordinate del Conto Corrente bancario/postale sono le seguenti:

Istituto di credito _____

Agenzia/filiale di _____

Intestato a

Codice IBAN:

[illegible]

ALLEGA

- ✓ Copia di un documento d'identità valido del dichiarante e della persona con disabilità;
- ✓ Certificato di invalidità e di indennità di accompagnamento; riconoscimento Legge 104/1992;
- ✓ Attestazione ISEE 2026 priva di omissioni o difformità;
- ✓ Altra documentazione che si ritenga utile sottoporre in fase di istruttoria.

Data

FIRMA

Si autorizza il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi del del GDPR 2016/679 (Regolamento UE sulla protezione dei dati personali) per i soli fini della presente dichiarazione.

Data_____

FIRMA

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Data_____

FIRMA
