



Città di
**CERNUSCO
SUL NAVIGLIO**



Distretto 4 ATS Milano Città Metropolitana

Bellinzago Lombarda, Bussero, Cambiogo, Carugate, Cassina de' Pecchi,
Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago.

Settore Servizi Sociali

Ufficio Unico – Piano di zona

Mail: pianodizona@comune.cernuscosulnaviglio.mi.it

Pec: comune.cernuscosulnaviglio@pec.regione.lombardia.it

ALLEGATO A

**DOMANDA DI ACCESSO
FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER
FAMILIARE - ANNUALITA' 2018/2019/2020
(D.G.R. n. 4443 del 22.03.2021)**

Il /la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

In qualità di (flaggare una sola delle possibili scelte elencate)

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE

TUTORE

CURATORE

AMMINISTRATORE DI

SOSTEGNO

del Sig./Sig.ra

Nome e Cognome _____

CHIEDE

per sé

per conto del beneficiario

di accedere al **Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare previsto dalla D.G.R. n. 4443 del 22/03/2021.**

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(flaggare una sola delle possibili scelte elencate)

Di essere in carico alla Misura B2 (DGR 4138/20) da almeno tre mesi nel corso dell'esercizio FNA 2021 con presenza del solo caregiver familiare;	
Di essere in carico alla Misura B2 (DGR 4138/20) da almeno tre mesi nel corso dell'esercizio FNA 2021 con presenza del caregiver familiare con il supporto di un assistente personale regolarmente impiegato;	



Città di
**CERNUSCO
SUL NAVIGLIO**



Distretto 4 ATS Milano Città Metropolitana

Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiagio, Carugate, Cassina de' Pecchi,
Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago.

Settore Servizi Sociali

Ufficio Unico – Piano di zona

Mail: pianodizona@comune.cernuscosulnaviglio.mi.it

Pec: comune.cernuscosulnaviglio@pec.regione.lombardia.it

ALLEGATO A

DICHIARA

Che il caregiver familiare* – così come individuato dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205 - è il Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

data e luogo di nascita _____

codice fiscale _____

Comune di Residenza _____ via _____ n° civico _____

**Per caregiver familiare - così come individuato dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205 – si intende “la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016 n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi dell'art. 33 comma 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità, o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992 n.104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.”*

Unitamente alla presente istanza, pena l'esclusione della domanda, si inviano i seguenti

allegati obbligatori:

- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Copia del documento d'identità del caregiver familiare individuato.

DICHIARA

Inoltre, di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data _____

Firma _____