



Città
di Putignano



Comune
di Alberobello



Comune
di Castellana Grotte



Comune
di Locorotondo



Comune
di Noci

Ambito Territoriale Sociale di Putignano
UFFICIO DI PIANO

Allegato B)

**Alla Responsabile
dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale
di Putignano**

**DOMANDA DI ACCESSO ALL' AVVISO PUBBLICO
"BUDGET DI SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER
FAMILIARE - ANNUALITÀ 2024"
(D.M. 08/01/2025 - D.G.R. n. 1092/2025. A.D. 1515/2025)**

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 Pubblico dell'Ambito Territoriale Sociale di Putignano per la presentazione delle domande di accesso al **"BUDGET DI SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITÀ 2024"**, di cui alla Deliberazione di C.I. n.7 del 08/07/2026 e alla Determinazione Dirigenziale 1^ Area n 1534 del 15/07/2026

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:



Città
di Putignano



Comune
di Alberobello



Comune
di Castellana Grotte



Comune
di Locorotondo

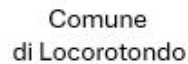
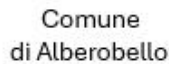
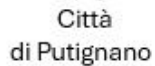


Comune
di Noci

Ambito Territoriale Sociale di Putignano

UFFICIO DI PIANO

- di essere il caregiver familiare, ai sensi del comma 255 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205, del/la Sig./Sig.ra _____
Codice Fiscale _____ nato/a _____ (____)
il ____/____/____, residente a _____ (____)
in via/piazza _____ n° _____;
 - di essere:
 - ☐ convivente con la persona con disabilità
 - ☐ non convivente con la persona con disabilità
 - di avere un ISEE 2026 in corso di validità di € _____ protocollo INPS n. _____;
 - che la relazione di parentela o affinità con la persona con disabilità assistita è la seguente:
_____;
 - che la persona con disabilità assistita è in possesso del certificato di riconoscimento di disabilità (L. 104/1992 art. 3 co. 3) rilasciato in data _____ da _____;
 - che la persona con disabilità 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 con disabilità non è ricoverata presso strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie assistenziali;
 - che la persona con disabilità assistita è temporaneamente ricoverata presso strutture ospedaliere/riabilitative dal _____ presso _____;
 - che la persona con disabilità 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;





Città
di Putignano



Comune
di Alberobello



Comune
di Castellana Grotte



Comune
di Locorotondo



Comune
di Noci

Ambito Territoriale Sociale di Putignano UFFICIO DI PIANO

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- ✓ Copia della carta di identità e copia del codice fiscale in corso di validità del dichiarante;
- ✓ Copia della Certificazione di riconoscimento della disabilità, ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della Legge 104/92 della persona con disabilità assistita;
- ✓ Copia del Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980 n. 18 della persona con disabilità assistita;
- ✓ Attestazione ISEE 2026 in corso di validità privo di omissioni e difformità;
- ✓ Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000 che attesti l'appartenenza allo stesso stato di famiglia;
- ✓ 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 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
