*Allegato B*

**BANDO FONDO PER IL SOSTEGNO PER IL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE AI SENSI DELLA L.23/2022 E DELLE DGR XI/7605 DEL 23/12/2022 E XI/7799 DEL 23/01/2023.**

Il **richiedente** (Cognome, Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in (via/ piazza, n°)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a (comune)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di aver inoltrato domanda per la misura B2 per l’anno 2023 in favore del **beneficiario**

* (Cognome, Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in (via/ piazza, n°)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a (comune)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Sé stesso/a.

*DICHIARA*

* *che la propria domanda FNA-B2 2023 è stata ammessa e finanziata;*
* *che la propria domanda FNA-B2 2023 è stata ammessa ma non finanziata e di essere in lista d’attesa.*

RICHIEDE

di ricevere i supporti del Bando Fondo per il sostegno per il ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare *ai sensi della L.23/2022 e delle DGR XI/7605 del 23/12/2022 e XI/7799 del 23/01/2023 per un importo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (max 1.200,00) a titolo di rimborso per le spese sostenute per:*

* **intervento domiciliare** fornito da *(specificare ente)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel periodo (specificare periodo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **intervento residenziale extrafamiliare** ovvero soggiorno temporaneo in unità d’offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona fornito da *(specificare ente)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel periodo (specificare periodo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

A tal fine allega:

* ricevuta o fattura fiscale intestata al richiedente o al beneficiario dalla quale si evinca la natura degli interventi;
* modulo privacy debitamente sottoscritto e firmato.
* Documento d’identità e codice fiscale di richiedente e beneficiario;
* Certificazione attestante la disabilità grave e/o non autosufficienza (così come definito dall’art.3 comma 3 della L.104/92 oppure indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e s.m.i. con L.508/1988);
* Dichiarazione ISEE in corso di validità (socio sanitario per adulti, ordinario per minori).

Data e luogo, Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_