



## ALLEGATO B

Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 e in condizioni di disabilità gravissima

### ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO

**Spett.le**  
**REGIONE ABRUZZO**  
**DIPARTIMENTO LAVORO - SOCIALE**  
**SERVIZIO "POLITICHE PER IL BENESSERE**  
**SOCIALE"**  
**VIA CONTE DI RUVO, 74**  
**65124 PESCARA**

**OGGETTO: ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO – ANNO 2019.**

IL/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale n. \_\_\_\_\_ con la presente inoltra formale istanza di contributo economico, per l'anno 2019, in favore di genitori conviventi, inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo che hanno nel proprio nucleo familiare figli minori affetti da malattie rare, croniche, gravi ed invalidanti come definite dall'Allegato al DPCM 12.01.2017 che comportino una disabilità gravissima, come da certificazione del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a, Allegato C, e che necessitano di una elevata intensità assistenziale, cure tempestive, intensive e continue da parte dei familiari stessi.  
A tal fine, sotto la propria responsabilità,

### ***DICHIARA***

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445, i propri dati anagrafici:

COGNOME	
NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA: INDIRIZZO	
CAP	
COMUNE	
PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
INDIRIZZO E-MAIL o PEC	





## ALLEGATO B

che le persone abilitate a operare sul suddetto conto oltre al/alla sottoscritto/a sono esclusivamente le seguenti (indicare il Codice Fiscale di ognuno):

Sig./a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale cointestatario del conto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sig./a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale cointestatario del conto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualora, durante il periodo di fruizione del contributo economico, dovesse venir meno una delle condizioni che hanno dato luogo all'assegnazione del contributo stesso, il genitore beneficiario dovrà darne tempestivamente notizia al Servizio competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare.

### AUTORIZZA

- l'Amministrazione Regionale ed ogni altro soggetto formalmente delegato ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dagli stessi ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale concessione delle agevolazioni richieste e l'erogazione a saldo delle stesse, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dalla normativa;
- l'inserimento, l'elaborazione e la comunicazione a terzi delle informazioni contenute nella presente domanda e nei relativi allegati, con riferimento alle disposizioni del DLGS 196/03.

### ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA:

- 1) certificazione di malattia rara, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di malattia rara e relativo codice di classificazione ai sensi dell'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017;
- 2) certificazione di disabilità gravissima redatta dal medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a, Allegato C;
- 3) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del genitore richiedente;
- 4) originale o copia conforme dell'attestazione del reddito ISEE del nucleo familiare, in corso di validità,
- 5) permesso di soggiorno in corso di validità.

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione venga in possesso in occasione dell'espletamento del presente procedimento vengono trattati nel rispetto del D.Lgs. 30-06-2003, nr. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

(luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente