

Spett.le  
**Famiglia Aprea per l'Huntington – Onlus**  
[contributocarmineaprea@apreaonlus.com](mailto:contributocarmineaprea@apreaonlus.com)

Istanza ammissione “**Contributo Carmine Aprea**” – bando 2023

Il/la sottoscritto/a [NOME] \_\_\_\_\_ [COGNOME] \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, mail.  
\_\_\_\_\_, in qualità di

*care giver*  *amministratore di sostegno*

del/la signor/signora [NOME] \_\_\_\_\_ [COGNOME] \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, mail.  
\_\_\_\_\_

*soggetto affetto da Corea di Huntington*  *soggetto minore sordocieco*

richiede per conto di quest'ultimo che possa beneficiare del contributo a fondo perduto stanziato con il bando “contributo CARMINE APREA” anno 2023, a tal fine si allega alla presente quanto di seguito:

- copia doc.to di identità del soggetto beneficiario e del suo codice fiscale;
- copia del doc.to attestante l'invalidità del beneficiario e del riconoscimento dell'accompagnamento;
- isee nucleo familiare del beneficiario;
- modello Unico PF 2023 o modello 730 2023 o autodichiarazione assenza di redditi del beneficiario;
- copia del doc.to di identità del *care giver* e del suo codice fiscale;
- isee nucleo familiare del *care giver* se non rientrante nel nucleo familiare del beneficiario;
- modello Unico PF 2023 o modello 730 2023 o autodichiarazione assenza di redditi del *care giver*;
- piano previsionale delle spese annuali del beneficiario (spese per il sostentamento, spese per farmaci, spese per fisioterapia, spese per logopedia, spese per terapie occupazionali, e simili come indicate nell'art. 4). Da non presentare per i soggetti minori sordociechi;
- lettera del *care giver* con breve descrizione della situazione del malato, sia dal punto di vista delle condizioni di salute, sia economico finanziaria, sia sociale;
- eventuale, ma non obbligatoria, lettera di presentazione di un'associazione che assiste abitualmente il beneficiario ed i suoi cari.

Data, \_\_/\_\_/2023

In fede,

[NOME] \_\_\_\_\_ [COGNOME] \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Autocertificazione destinazione delle spese ai sensi art. 4 del Bando "Contributo CARMINE APREA"**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Il/la sottoscritto/a [NOME] \_\_\_\_\_ [COGNOME] \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, mail.  
\_\_\_\_\_, in qualità di

*care giver*  *amministratore di sostegno*

del/la signor/signora [NOME] \_\_\_\_\_ [COGNOME] \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, mail.  
\_\_\_\_\_, *affetto da Corea di Huntington*

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che il contributo a fondo perduto ricevuto dalla Associazione Famiglia Aprea per l'Huntington Onlus verrà destinato unicamente alla copertura integrale o parziale delle seguenti tipologie di spese:

- attività di logopedia del paziente;
- attività di fisioterapia del paziente;
- terapie occupazionali del paziente, incluse eventuali adeguate attività sportive;
- supporto psicologico del paziente;
- trasporto periodico presso centri diurni o di riabilitazione del paziente;
- consulenze nutrizionali specifiche al paziente e acquisto eventuali integratori alimentari;
- spese straordinarie da sostenere in occasione di ricoveri presso centri di riabilitazione specializzati, purché siti nel territorio italiano, per trattamenti intensivi del paziente;
- assistenza domiciliare effettuata da badanti o da personale infermieristico specializzato;
- sostegno agli studi, fino a quelli universitari inclusi, dei figli del malato, anche mediante acquisto di materiale didattico;
- eventuali altre spese, previa presentazione di richiesta da parte del medico curante del paziente e delibera favorevole del Comitato Direttivo dell'Associazione Famiglia Aprea per l'Huntington Onlus.

**DICHIARA, inoltre,**

- di avere attentamente letto il contenuto del bando e di accettarne integralmente tutte le condizioni;
- di essere consapevole che l'associazione Famiglia Aprea per l'Huntington ha il diritto di eseguire verifiche a campione sull'effettiva destinazione delle spese secondo quanto indicato nell'art. 4 del bando e di prestare la propria piena disponibilità a consegnare all'associazione, entro e non oltre i termini previsti nel bando, tutta la documentazione eventualmente richiesta in caso di controlli campionari;

- di essere stato informato che tutte le comunicazioni relative all'istanza di accesso al contributo presentata saranno inviate all'indirizzo del *care giver/amministratore di sostegno* indicato nei dati anagrafici dello stesso;
- che in caso di riconoscimento del contributo a fondo perduto, esso dovrà essere erogato alle seguenti coordinate bancarie:  
intestatario del conto  
[NOME] \_\_\_\_\_  
[COGNOME] \_\_\_\_\_,  
IBAN: \_\_\_\_\_

Data, \_\_/\_\_/2023

In fede,

[NOME] \_\_\_\_\_ [COGNOME] \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_