



COMUNE DI ADRANO



COMUNE DI BIANCAVILLA



COMUNE DI S. M. DI LICODIA

AL COMUNE DI _____

Ufficio dei Servizi Sociali

SEDE

BONUS CAREGIVER – DISABILI GRAVI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. _____,
C.F. _____, tel. _____ cell. _____
e-mail _____.

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di assistenza destinata al caregiver familiari svolto in favore di _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via/piazza _____ n. _____, riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno).

A tal fine dichiara:

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art 1 comma 255 della legge n. 205/2017 (grado di parentela) _____;
2. Che il disabile grave è stato valutato ai sensi dell'art 3 del DM 26 settembre 2016 dal _____;
3. Che il disabile possiede la certificazione di cui alla legge 104 del 1992 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18 dell'11/02/1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
4. Che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita come indicato nel Patto di Cura da cui si evince la condizione di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento del caregiver e del disabile;
- Copia del codice fiscale del caregiver;
- Copia dei certificati di invalidità e/o certificato della legge n. 104/92 con DIAGNOSI del soggetto a cui si presta la propria attività di caregiver, da cui si desume la necessità di aiuto permanente;
- Copia del PATTO DI SERVIZIO compilato, firmato e riattualizzato;
- Comunicazione degli estremi del c/c su cui si desidera ricevere l'accredito del contributo.

Il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le Autorità Competenti.

Tutta la documentazione deve essere allegata in busta chiusa con la seguente dicitura "contiene dati sensibili"

Il/La sig./ra _____ autorizza, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice sulla Privacy) e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il trattamento dei dati personali inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta.

Data

Firma