



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**

Acireale, Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

**BONUS CAREGIVER**

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI  
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI **DISABILI GRAVISSIMI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rec. Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

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

**CHIEDE**

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

riconosciuto gravissimo ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_ (indicare l'anno).

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

2. che il disabile è stato valutato in condizioni gravissime ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_

3. Che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita

Allega alla presente:

- Copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- Copia del patto di cura
- Copia del verbale di disabilità grave (art. 3 c. 3 L.104/92) e/o verbale di invalidità con diagnosi del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver a favore del disabile;
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A).

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sig./La sig.ra \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE

---