



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 GRAVI** ANNO 2021

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 _____,

C.F. _____ e residente a _____ in via _____

_____ riconosciuto disabile grave ai sensi dell' art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità, ai sensi della legge n. 18 dell'11 febbraio 1980, al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;

Che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato mediante:

- accredito su c/c bancario o postale (intestato o cointestato al richiedente)
- carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni e intestata o cointestata al richiedente il beneficio)

IBAN _____

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 grave possiede la certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18/1980 col punteggio di 100% e il riconoscimento dell'impossibilità a svolgere atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.
3. Che la disabilità grave (art. 3 c. 3 L. 104/92) è stata riconosciuta in data _____.
4. Di prestare/aver prestato personalmente attività di cura e assistenza al familiare disabile.
5. Che il familiare disabile
 - è stato ricoverato in struttura assistenziale dal _____ al _____
 - non è stato ricoverato in struttura assistenziale nell'anno 2021
5. L'esistenza in vita del familiare disabile alla data del _____.
6. Di non avere presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

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":

- Copia del verbale di disabilità grave (art. 3, c. 3 L.104/92) e/o verbale di invalidità al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto.

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
