



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 DISABILE GRAVISSIMO

D.R.S. n. 1528 del 6 Settembre 2022

L.205/2017- art.1 comma 254

Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare anni 2018-2019-2020

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. la disabilità grave (art. 3 c. 3 L.104/92) è stata riconosciuta in data
4. di prestare /aver prestato personalmente assistenza e cura al familiare disabile;
5. che il familiare disabile
 - è stato ricoverato in struttura assistenziale dal al
 - non è stato ricoverato in struttura assistenziale negli anni 2018-2019-2020
6. l'esistenza in vita del familiare disabile alla data del
7. Di non aver presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune

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 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
