

(Caregiver Disabile Grave/Disabile Gravissimo)

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DSS39
Comune capofila – Bagheria
Altavilla Milicia Casteldaccia Ficarazzi Santa Flavia

Contributo Economico Una Tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza Bonus Caregiver – Annualità 2021

Al Comune di

Politiche Sociali

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a _____
 il _____ Residente in _____ Via _____
 N. _____ Codice Fiscale: _____
 Recapito Telefonico _____ e-mail _____

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

DICHIARA

- di essere *caregiver* familiare **nell'anno 2021** di

Sig./ra _____
 nato/a a _____ il _____ residente a _____ - _____
 in via _____ n. _____ codice fiscale _____
 _____ tel/ cell. _____ e-mail _____

- che la persona sopra generalizzata è:

(barrare la casella interessata)

DISABILE GRAVE in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104, o di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento legge n. 18/80;

DISABILE GRAVISSIMO riconosciuto in seguito a valutazione conclusiva da parte dell'U.V.M. distrettuale ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e, pertanto, percepisce il beneficio economico previa sottoscrizione del Patto di Cura.

Per quanto sopra,

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari - *bonus caregiver* familiare (fondo anno 2021).

A tal fine DICHIARA

1. Di essere cittadino italiano, di uno dei Paesi dell'Unione Europea o non appartenenti alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permessi di durata inferiore a sei mesi;
2. Di essere maggiorenne e in condizione di autosufficienza;
3. Di essere *caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205 del 27/12/2017 Specificare il grado di parentela _____;
4. Di assicurare attività di cura e di assistenza, a titolo gratuito, alla persona assistita;

Allega:

- Documento di identità in corso di validità del *caregiver* e del disabile assistito
- Permesso di soggiorno (se necessaria);
- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 c.3 Legge n. 104/1992, o di invalidità 100% e indennità di accompagnamento legge 18/80;
- copia del Patto di cura (per i disabili gravissimi);
- Copia delle coordinate bancarie (IBAN) del Conto corrente Postale/Bancario o di una Carta prepagata intestato al *caregiver*.

Il/La sottoscritt_ autorizza il trattamento dei dati esclusivamente per l'espletamento di cui alla presente richiesta, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 1996 e ss.mm.ii.e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Data _____

il/la richiedente