Allegato A
(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 –F.N.A. Stato Annualità 2018-2019-2020
DRS 1528 del 6 settembre 2022

Al Comune di _____
Ufficio Politiche Sociali

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a 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 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 anni 2018 – 2019 – 2020).

DICHIARA, altresì,

1. Di essere cittadino italiano, di uno dei Paesi comunitari 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;

Alla presente Allega:

-Documento di identità in corso di validità del *caregiver* e del disabile assistito, pena esclusione;
-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*. Non sono ammesse coordinate di Libretti Postali.
Il Comune di residenza effettuerà il controllo sulle dichiarazioni rese, con le autorità competenti.
Il/La sottoscritta autorizza il trattamento dei dati esclusivamente per l'espletamento di cui alla presente richiesta, ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Data _____

il/la richiedente

_____