



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**

Il/La sottoscritta/o _____ nata/a a _____
(_____) e residente in _____ via _____ n. ____ tel

Cod Fiscale _____

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di: nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____ 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.

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 della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
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 verbale di disabilità grave (art. 3, c. 3 L.104/92) e/o verbale di invalidità al 100% con assegno di accompagnamento, con diagnosi del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiutopermanente;
- Copia del Patto di servizio o dichiarazione che è stato realizzato un piano personalizzato o dichiarazione del Caregiver dal quale si evinca l'attività di cura svolta dallo stesso in favore del disabile non autosufficiente
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A).

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì _____

Firma del richiedente