

**DISTRETTO
SOCIO SANITARIO**

U.S.L. N. 2
Distretto Sanitario
di Mussolini

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 GRAVISSIMI**

Il/La sottoscritto/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 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. 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 e del disabile .

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 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 aiuto permanente;
- Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver a favore del disabile;
- 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

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 e del disabile .

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

AUTORIZZA

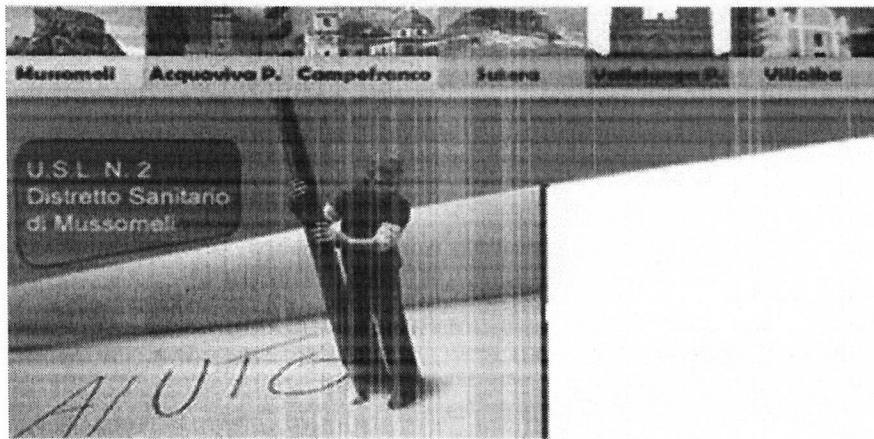
il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì _____

Firma del richiedente

Distretto Socio Sanitario D10

Via Madonna di Fatima – 93014 Mussomeli (CL)
Telefono: +39 0934 961233 – Fax: +39 0934 961233



DISTRETTO
SOCIO SANITARIO

Comune di: _____

Ufficio Servizio Sociale

Richiesta modalità di pagamento “Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”

Il/la sottoscritto/a _____,

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

caregiver del disabile grave _____

caregiver del disabile gravissimo _____

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti il **“Bonus caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”** sia effettuato nella seguente modalità:

accredito su c/c bancario o postale (no libretto/conto di risparmio)

carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

intestato a _____

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.
- **DICHIARA** di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

il dichiarante

AUTODICHIARAZIONE (AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N.445/2000)

Oggetto: dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver in favore del disabile

Il/la Sottoscritto/a nome _____ cognome _____

codice Fiscale _____ Nato/a a _____ (____)

il ____/____/____ residente a _____ (____) in _____ n° ____

recapito telefonico _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità civile e penale, in qualità di caregiver, di assistere e di prendersi cura

del proprio familiare nome: _____ cognome: _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____

(____) in _____ n° ____ , non autosufficiente, in quanto disabile ai sensi della

Legge 104 articolo 3 comma 3 e/o titolare di invalidità al 100% e/o indennità di

accompagnamento

Mussomeli Li _____

il dichiarante