

AI COMUNE di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

BONUS CAREGIVER – DISABILI GRAVISSIMI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a in via/piazza _____ n. _____ c.f. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____.

sotto la propria responsabilità è consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di

_____ nato a _____ il _____ residente

a _____ riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno)

A tal fine dichiara

- 1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205/2017 (grado di parentela) _____
- 2) Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____
- 3) Che il disabile possiede la certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18 dell'11/02/1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
- 4) Che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita come indicato nel patto di cura dalla quale si evinca la condizione di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento del caregiver e del disabile;
- Copia del codice fiscale del caregiver;
- Copia del certificati di invalidità e/o certificato della legge n. 104/92 CON DIAGNOSI del soggetto a cui si presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Copia del Patto di cura compilato, firmato e riattualizzato.
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

Il comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti.

Tutta la documentazione deve essere allegata in busta chiusa con la seguente dicitura "Contiene dati sensibili"

Il/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 integralmente richiamata

Data _____

FIRMA
