



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



A.S.P. N. 9

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55
COMUNE DI ALCAMO – COMUNE DI CALATAFIMI SEGESTA – COMUNE DI
CASTELLAMMARE DEL GOLFO - ASP N. 9

Al Comune di _____

BONUS CAREGIVER
CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEI CAREGIVERS FAMILIARI DEI SOGGETTI AFFETTI DA
DISABILITA' GRAVISSIMA
 (Fondo per la disabilità e per la non autosufficienza – Fondi Stato Annualità 2018 – 2019 – 2020)

Il/la sottoscritto/a _____,
 nat_ a _____ Prov. _____ il _____
 e residente in _____ via _____ n. _____
 Rec. Tel. _____ e-mail/PEC _____

Codice Fiscale:

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

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregivers familiari svolto in favore di _____ nato a _____
 il _____ e residente a _____ in via _____
 riconosciuto soggetto affetto da disabilità gravissima 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

- Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela)

- che il soggetto affetto da disabilità è stato valutato in condizioni gravissime ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del caregiver richiedente;
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto affetto da disabilità gravissima;
3. Copia verbale di disabilità grave (art. 3 comma 3 legge 104/92) e/o verbale di invalidità civile al 100% con riconoscimento indennità di accompagnamento, dal quale emerge la patologia e la non autosufficienza del soggetto;
4. Copia del Patto di cura firmato dal caregiver;
5. Dichiarazione inerente il conto corrente per l'accredito del contributo (All. C).

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sig./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 interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE

L'ASSISTITO/TUTORE/ADS
