

ALLEGATO A

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.13

Modello di Domanda

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari di soggetti affetti da disabilità grave – Bonus caregiver (Fondo anno 2022).

Comune di.....
Ufficio Servizio Sociale
SEDE

BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVI

Il/la sottoscritt.....
nato/a a.....il.....
residente a.....Via..... n.....
Codice Fiscale.....tel.....
cell.....mail.....

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

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore dinato/a a.....
il.....residente a.....
riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 e ss.mm. o soggetto in possesso di certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/80 con impossibilità a svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

A TAL FINE DICHIARA

- di essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 per l'anno 2022 –
(indicare grado di parentela).....
- che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla legge n. 104/92, art. 3, comma 3 e/o la certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/90 ed il riconoscimento della impossibilità di svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
- che il caregiver assicura attività di cura e assistenza, come indicato nel Patto di Servizio o nel Piano Personalizzato redatto dal Servizio Sociale e dall' U.V.M. o da qualsiasi altro certificato che attesti la condizione del disabile impossibilitato a svolgere funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;

In busta chiusa (se presentata brevi manu) con la dicitura “Contiene dati sensibili” i seguenti documenti:

- Copia certificato di invalidità e/o certificazione della legge n. 104/92 **con la diagnosi**, da cui si evince la necessità di un’assistenza continua e permanente della persona avente disabilità;
- Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del libretto postale e postepay**). **Il conto corrente dovrà essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio.**

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena esclusione.

I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell’Amministrazione comunale competente, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e dell’art.28 della L. 20 Novembre 2017 n.167.

Luogo e data.....,

IL RICHIEDENTE