

OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E
DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER
(Fondo anno 2022)

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVI

II/La Sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

sotto la propria responsabilità e 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 cura e di assistenza in favore di
_____ nato a _____ il _____
_____ residente a _____ riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art 3
comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.ii o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18
del 11 febbraio 1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto
permanente di un accompagnatore dal;

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 27/12/2017 n. 205 (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;
 - o Che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita 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 che la condizione di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver;
- 3) In caso di decesso del disabile:
 - o che il caregiver ha assicurato attività di cura e assistenza al disabile grave deceduto in data _____;

Allega alla presente, **in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili"** :

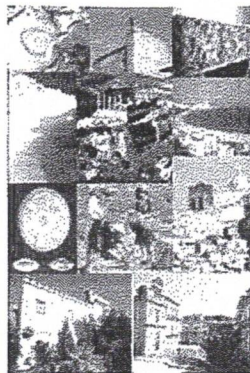
- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, dalla quale emerge la non autosufficienza del soggetto, o verbale di invalidità con accompagnamento; i certificati da allegare dovranno essere quelli da cui si evince la patologia;
- Copia del Patto di servizio o dichiarazione dal quale si evince l'attività di cura del Caregiver del disabile non autosufficiente;
- Copia del documento di riconoscimento del caregiver, pena esclusione.
- Dichiarazione inerente il conto corrente da utilizzare per l'accredito del contributo.

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

La Sig.ra/il Sig. _____ 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.

Data e luogo

IL RICHIEDENTE



**OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E
DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER
(Fondo anno 2022)**

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

BONUS CAREGIVER dei DISABILI GRAVISSIMI

II/I.a Sottoscritt _____

nat a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ E-mail _____

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di _____ nato a _____ il _____
residente a _____ riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26
settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno);

a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da
dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000.

DICHIARA

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

2) Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

3) In caso di decesso del disabile:

che il disabile gravissimo è deceduto in data _____

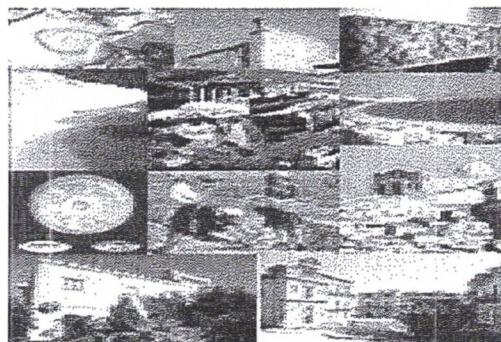
Allega alla presente, **in busta chiusa con la dicitura “ Contiene dati sensibili”** :

- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto, o verbale di invalidità con accompagnamento, certificazione di cui all' art . 3 del D.M. 26 settembre 2016, i certificati da allegare dovranno essere quelli da cui si evince la patologia;
- Copia del Patto di Cura firmato e compilato;
- Copia del documento di riconoscimento del caregiver, pena esclusione;
- Dichiarazione inerente il conto corrente da utilizzare per l'accredito del contributo

La Sig.ra/il Sig. _____ 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.

Data a Luogo

IL RICHIEDENTE



AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONTO CORRENTE DEDICATO

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____

Residente a _____ Via _____ N.

_____ e-mail _____ C.F. _____

Tel. _____

Titolare del Conto Corrente intestato a _____

IBAN IT _____

(27 caratteri) intestato o cointestato al richiedente del beneficio

DATA E FIRMA