AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 46

COMUNE DI_____

OGGETTO: **CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020 2021)**

BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVI

Il/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 per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ 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.

A TAL FINE DICHIARA

1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017)/art.33 comma 3 della Legge 104/92 (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 in quanto 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;
4) Di essere titolare del C/C bancario/postale IBAN 27 CARATTERI (allegare copia cartacea del codice Iban):

I	T																							

presso la banca/posta _____ filiale di _____

Allega alla presente:
• Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver e dell' assistito;
Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *"Contiene dati sensibili"*, i seguenti documenti:
• Copia di certificato di invalidità e/o certificato della legge 104 CON DIAGNOSI del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
• Copia cartacea del codice Iban.

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

IL RICHIEDENTE

_____