



DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

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

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 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.

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 possiede la certificazione di cui alla Legge 104/1992 art.3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18/1980 con 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 impossibilitata a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver e del disabile;



DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

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

- Copia di certificato di invalidità e/o della Legge 104 CON DIAGNOSI del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo (ad esclusione del codice IBAN del libretto postale).

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
