



COMUNE DI PATERNO'



COMUNE DI BELPASSO



COMUNE DI RAGALNA

**AI COMUNE di \_\_\_\_\_**

**Ufficio di Servizio Sociale**

**SEDE**

**BONUS CAREGIVER – DISABILI GRAVI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_.

sotto la propria responsabilità è 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 assistenza in favore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 della legge 104/92 e ss.mm.ii. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge 18 dell'11/02/1980 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 (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 dell'11/02/1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
- 3) Che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita come indicato nel patto di servizio o dichiarazione dalla quale si evinca la condizione di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento del caregiver e del disabile;
- Copia del codice fiscale del caregiver;
- Copia dei certificati di invalidità e/o certificato della legge n. 104/92 CON DIAGNOSI del soggetto a cui si presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Copia del Patto di servizio, del piano personalizzato o di certificato attestante l'attività di cura e di assistenza.
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

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

**Tutta la documentazione deve essere allegata in busta chiusa con la seguente dicitura "Contiene dati sensibili"**

Il/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 integralmente richiamata

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_