



Castellammare del Golfo



Alcamo



Calatafimi Segesta



A.S.P. N. 9

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 55
COMUNE DI ALCAMO – COMUNE DI CALATAFIMI SEGESTA – COMUNE DI
CASTELLAMMARE DEL GOLFO - ASP N. 9

Al Comune di _____

BONUS CAREGIVER
 CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
 ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DEI SOGGETTI AFFETTI DA
DISABILITA' GRAVE
 (Fondo per la disabilità e per la non autosufficienza – Fondi Stato Annualità 2018 – 2019 – 2020)

Il/la sottoscritto/a _____,
 nat_ a _____ Prov. _____ il _____
 e residente in _____ via _____ n. _____
 Tel. _____ e-mail/PEC _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 _____ e residente a _____ in via _____ riconosciuto soggetto affetto da disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92 o in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18/1980 col punteggio di 100% e il riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

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

- che il soggetto affetto da disabilità grave possiede il verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap 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 così 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 di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega, alla presente, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del caregiver richiedente;
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto affetto da disabilità grave;
3. Copia verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap (art. 3 comma 3 legge 104/92) e/o verbale di invalidità civile al 100% con riconoscimento indennità di accompagnamento, dal quale emerge la patologia e la non autosufficienza del soggetto;
4. Copia del Patto di Servizio o del Piano personalizzato o di certificazione resa ai sensi del DPR 445/2000, attestante l'attività di cura e di assistenza;
5. Dichiarazione inerente il conto corrente per l'accredito del contributo (All. C).

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sig./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 interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE

L'ASSISTITO/TUTORE/ADS
