

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.30

Modello di Domanda

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari di soggetti affetti da disabilità grave – Bonus caregiver (Fondo anno 2021)

Distretto Socio Sanitario n. 30
Comune di.....
Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVI

Il/la sottoscritt.....
nato/a a.....il.....
residente a.....Via..... n.....
Codice Fiscale.....tel.....
cell.....mail.....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni mendaci e/o incomplete, ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore di
.....nato/a a.....
il.....residente a.....

- () in vita
- () deceduto

riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92 e ss.mm. o soggetto in possesso di certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/80 con impossibilità a svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

A TAL FINE DICHIARA

- di essere/essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 (indicare grado di parentela) nel seguente anno.....dal.....al.....
- che il disabile grave possiede/era in possesso la certificazione di cui alla legge n. 104/92, art. 3, comma 3 e/o la certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/90 ed il riconoscimento della impossibilità di svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
- che il caregiver assicura/ ha assicurato attività di cura e assistenza, 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 del disabile impossibilitato a svolgere funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;
- copia del documento di riconoscimento del disabile.

In busta chiusa con la dicitura “Contiene dati sensibili” i seguenti documenti:

- Copia certificato di invalidità e/o certificazione della legge n. 104/92 **con la diagnosi(anno 2021)**, da cui si evince la necessità di una assistenza continua e permanente;
- Copia del Patto di Servizio o Piano Personalizzato o qualsiasi certificazione attestante l'attività di cura e di assistenza(anno 2021), anche nel successivo decesso del disabile;
- Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN del libretto postale**).

AUTORIZZA

ai sensi del Reg.UE 679/2016(GDPR), il trattamento dei dati personali per le finalità di cui al presente avviso, nonché per lo svolgimento di funzioni istituzionali, l'esecuzione di compiti di interesse pubblico o, comunque, per l'assolvimento di obblighi di legge ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, con modalità telematiche e/o manuali, nei modi e nei limiti necessari per le finalità suindicate. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena esclusione.

Luogo e data.....

IL RICHIEDENTE

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.30

Modello di Domanda

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari di soggetti affetti da disabilità gravissima – Bonus caregiver (Fondo anno 2021)

**Distretto Socio Sanitario n.30
Comune di.....
Ufficio di Servizio Sociale**

SEDE

BONUS CAREGIVER- DISABILI GRAVISSIMI

Il/la sottoscritt.....
nato/a a.....il.....
residente a.....Via..... n.....
Codice Fiscale.....tel.....
cell.....mail.....

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni mendaci e/o incomplete, ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore di
.....nato/a a.....
il.....residente a.....
riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dal.....(indicare
l' anno);
() in vita;
() deceduto.

A TAL FINE DICHIARA

- di esser/essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 (indicare grado di parentela).....
nel seguente anno:
- anno.....dal.....al.....
- che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dall'anno.....

Allega alla presente:

- fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;

In busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- Copia del Patto di Cura ;
- Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN del libretto postale**).

AUTORIZZA

ai sensi del Reg.UE 679/2016(GDPR), il trattamento dei dati personali per le finalità di cui al presente avviso, nonché per lo svolgimento di funzioni istituzionali, l'esecuzione di compiti di interesse pubblico o, comunque, per l'assolvimento di obblighi di legge ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, con modalità telematiche e/o manuali, nei modi e nei limiti necessari per le finalità suindicate. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena esclusione.

Luogo e data.....

IL RICHIEDENTE