

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D9**

*Comune Capofila Gela  
Niscemi – Mazzarino – Butera*

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI  
ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER – Annualità 2021**

Al Comune di \_\_\_\_\_

**Settore Servizi Sociali**

**SEDE**

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

**DICHIARA**

Di essere caregiver familiare nell'anno 2021 di

Sig./ra \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

che la persona sopra generalizzata è:  
(*barrare la casella interessata*)

**DISABILE GRAVE** in possesso della certificazione attestante la condizione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18/1980

**DISABILE GRAVISSIMO** riconosciuto in seguito a valutazione conclusiva ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e pertanto percepisce il beneficio economico previa sottoscrizione del Patto di Cura

## CHIEDE

Il contributo economico una tantum a sostegno al ruolo di cura e di assistenza destinato ai caregiver familiari per l'anno 2021

### A TAL FINE DICHIARA

- Di essere cittadino italiano o di uno dei Paesi appartenenti all'Unione Europea, o non appartenenti all'UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permessi di durata inferiore a sei mesi
- Di essere maggiorenne e in condizione di autosufficienza
- Di essere caregiver familiare ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205 del 27/12/2017\_ Specificare il grado di parentela \_\_\_\_\_
- Di assicurare attività di cura e di assistenza, a titolo gratuito, alla persona assistita

Allega alla presente:

- Fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del Caregiver e del disabile assistito;
- Permesso di soggiorno (se necessario)

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

- Verbale della Commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 legge 104/92, o di invalidità 100% e indennità di accompagnamento ai sensi della legge 18/80;
- Copia del patto di cura (per i disabili gravissimi) rilasciati dall'ASP territoriale
- Copia delle coordinate bancarie (IBAN) del Conto corrente Postale/Bancario o di una Carta prepagata intestato al caregiver. **Non sono ammesse coordinate di Libretti Postali.**

**La domanda deve essere compilata in ogni sua parte e corredata della documentazione sopra elencata, pena l'esclusione.**

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*

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_