



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 33

BONUS CAREGIVER

Al Distretto Socio Sanitario 33
di Cefalù

Comune di _____

Il/La sottoscritt
nat a il
residente a prov.
via n°
codice fiscale
tel.: e-mail

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza destinato ai caregiver familiari
svolto in favore di nat a
..... il residente
a prov.
via n°
codice fiscale

Riconosciuto disabile *grave* ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

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

DICHIARA

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela)
2. Che il disabile grave 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. di prestare/aver prestato personalmente assistenza e cura al familiare disabile;
4. che il familiare disabile
 - ☐ è stato ricoverato in struttura assistenziale dal al
 - ☐ non è stato ricoverato in struttura assistenziale nell'anno 2022.
5. L'esistenza in vita del familiare disabile alla data del
6. Di non aver presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune;

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2022;
- ✓ fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- ✓ fotocopia del codice fiscale del caregiver e della persona con disabilità;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2021 e/o verbale di invalidità al 100% ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili;
- ✓ dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A)

Dichiara inoltre

che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali; di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;

Luogo e data

IL CAREGIVER

.....