All. A

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 annualità 2022)

Comune di.....
del Distretto Socio Sanitario n. 30

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 dalle dichiarazioni mendaci e/o incomplete, ai sensi del DPR 445/2000;

CHIEDE

di accedere al contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza svolto - nell'anno 2022 – a favore di:

.....nato/a a.....
il.....residente a.....
grado di parentela.....
( ) in vita
( ) deceduto
riconosciuto persona con disabilità 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 stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92, **nell'anno 2022**, dal.....al.....;

- che, nell'anno 2022, sia il richiedente che l'assistito erano residenti nel Comune di…….. facente parte del Distretto Socio Sanitario n. 30;
- che la persona con disabilità grave era in possesso (nell'anno 2022) della certificazione di cui alla legge n. 104/92, art. 3, comma 3 e/o della 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, a decorrere dal ……..(indicare mese e anno);
- che il caregiver ha assicurato (nell'anno 2022) attività di cura e assistenza nei confronti della persona con disabilità grave impossibilitata a svolgere funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver;
- di avere il consenso della persona assistita, di un suo amministratore di sostegno o di un suo tutore o curatore.

Allega alla presente:

- fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;
- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento della persona con disabilità;

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

- Copia di certificazione della legge n. 104/92 (art. 3 comma 3) **con la diagnosi** e/o certificato di invalidità con accompagnamento **(già rilasciati nell'anno 2022),** da cui si evince la non autosufficienza del soggetto e la necessità di una assistenza continua e permanente;
- Dichiarazione Codice IBAN del conto corrente bancario o postale su cui accreditare il contributo (All. C).

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

……

All. C

AUTOCERTIFICAZIONE CODICE IBAN
per l'accredito del contributo caregiver

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO A _____ IL

_____RESIDENTE A _____

VIA _____

N. _____MAIL_____CODICE

FISCALE _____TEL_____

DICHIARA

(ai sensi del DPR 445/2000)

DI ESSERE TITOLARE DEL CONTO CORRENTE INTESTATO O COINTESTATO A

_____

IBAN (27 CARATTERI)

I	T																									

di cui, ad ogni buon fine, si allega fotocopia

*** (ad esclusione del codice IBAN del libretto postale).**

DATA E FIRMA DEL CAREGIVER

.....