



Provincia Regionale di Enna
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.24
COMUNI DI PIAZZA ARMERINA – BARRAFRANCA – PIETRAPERZIA – AIDONE

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

CONTRIBUTO ECONOMICO “BONUS CAREGIVER” UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA IN FAVORE DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI DISABILI GRAVISSIMI – Decreto n. 1647 del 19/06/2023 F.N.A. ANNUALITÀ 2021

Il/lasottoscritto/a _____ nat a _____ Prov. _____ Resident
e

in _____ via _____ n. _____ Tel. _____

email _____

Codice Fiscale:

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

CHIEDE

Il contributo economico “BONUS CAREGIVER” a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregivers familiari svolto in favore di _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ riconosciuto gravissimo ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno).

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

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

_____;

2. Che il Disabile è stato riconosciuto gravissimo ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno);

3. Che il disabile nel periodo di riferimento annualità 2021 non è stato ricoverato presso una struttura residenziale;

4. Che il caregiver assicura le seguenti attività di cura e assistenza alla persona assistita:

Allega alla presente:

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver e del Disabile;

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

Copia del Patto di Cura sottoscritto per il riconoscimento della Disabilità Gravissima ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;

Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo.

Firma Caregiver

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.

Firma Caregiver
