



**DISTRETTO**  
**SOCIOSANITARIO N° 17**

**COMUNI DI: Calatabiano - Castiglione di Sicilia - Fiumefreddo di Sicilia – Linguaglossa –  
Mascali – Milo - Piedimonte Etneo – Riposto - Sant’Alfio.**

*Ente Capofila: Comune di Giarre*

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO  
DI CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020)**

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

**Ufficio di Servizio Sociale**

**Sede**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_.

**Chiede**

il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregivers familiari svolto in favore di \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_, riconosciuto **disabile grave** ai sensi dell'art. 3 co. 3 L. 104/92 e ss.mm.ii. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della L. 18/1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

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

**DICHIARA**

1. Di essere residente in uno dei Comuni del Distretto socio sanitario n. 17
2. di essere cittadino italiano, di uno dei Paesi comunitari o non appartenenti alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permessi di durata inferiore a sei mesi
3. di essere maggiorenne e in condizioni di autosufficienza
4. di essere caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205/2017 o dell'art. 33 comma 3 della L. 104/92 (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
5. di assicurare attività di cura e assistenza alla persona assistita
6. 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 col punteggio di 100% ed il riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del caregiver
- regolare permesso di soggiorno (di durata superiore a sei mesi, se cittadino di uno dei Paesi comunitari o non appartenenti alla UE )

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

- Copia di certificato di invalidità e/o certificato della legge 104 con diagnosi del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente
- Dichiarazione della persona assistita, di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore di qualificazione di caregiver dell'istante.
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

Il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti.

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza il 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

\_\_\_\_\_

