

OGGETTO : CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA- BONUS CAREGIVER (Fondo anno 2021)

Al Comune di_____
Ufficio Servizi Sociali
SEDE

BONUS CAREGIVER – DISABILI GRAVISSIMI

Il/La sottoscritto/a_____nato/a _____il_____

Residente a _____in via_____n._____

Codice fiscale_____numero telefonico_____

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.

Chiede

Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____ nato a _____

residente a _____via_____ _____n._____

riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno)

A TAL FINE DICHIARA

-di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 art. 33 Legge 104/92(indicare grado di parentela)_____

-che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno)

-in caso di decesso del disabile :

che il caregiver ha assicurato attività di cura e assistenza al disabile grave deceduto in data_____;

COMUNE DI ARAGONA
Protocollo Interno N. 28164/2023 del 28-11-2023
Allegato 3 - Copia Documento

Allega alla presente, **in busta chiusa con la dicitura " Contiene dati sensibili" :**

- . Verbale della commissione attestante la disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto, o verbale di invalidità con accompagnamento, certificazione di cui all' art . 3 del D.M. 26 settembre 2016, i certificati da allegare dovranno essere quelli da cui si evince la patologia;
- Copia del Patto di Cura firmato e compilato;
- Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del caregiver, pena esclusione;
- Dichiarazione inerente il conto corrente da utilizzare per l'accredito del contributo

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.

Il Richiedente_____

COMUNE DI ARAGONA
Protocollo Interno N. 28164/2023 del 28-11-2023
Allegato 3 - Copia Documento