



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
AMBITO TERRITORIALE CASTELTERMINI - SAN GIOVANNI GEMINI - CAMMARATA
Modello di istanza

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza Bonus CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020-)

Distretto Socio Sanitario D4
Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale
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 da dichiarazioni mendaci e/o incomplete, ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore di

.....nato/a a.....
il.....residente a.....

ricosciuto disabile 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 e/o essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 (indicare grado di parentela).....del disabile sopracitato, negli anni
 2018 2019 2020;
- che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla legge n. 104/92, art. 3, comma 3 e/o la 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;
- che il caregiver assicura attività di cura e assistenza, come indicato nel Patto di Servizio o nel Piano Personalizzato redatto dal Servizio Sociale e dall' U.V.M. o da qualsiasi altro certificato che attesti la condizione del disabile impossibilitato a svolgere funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;
- In busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:
- Copia certificato di invalidità e/o certificazione della legge n. 104/92 **con la diagnosi**, da cui si evince la necessità di una assistenza continua e permanente;
 - Copia del Patto di Servizio o Piano Personalizzato o qualsiasi certificazione attestante l'attività di cura e di assistenza;
 - Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN del libretto postale**).

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena esclusione.

Luogo e data

IL RICHIEDENTE

Ufficio di Piano Distrettuale

Via Jan Palach – Tel. 0922-912704 pec comunedicasteltermini@pec.it e-mail areadue@comune.casteltermini.ag.it