



ALLEGATO SUB B

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 0957197121 MAIL: DISTRETTO5OCIOSANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

BONUS CAREGIVER DISABILI GRAVI
INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

COGNOME _____ NOME _____

in proprio o
nella qualità di (genitore /tutore/curatore/Ads) _____ del disabile di nome _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

COMUNE DI RESIDENZA ASSISTITO/A _____

Disabile: Grave giusta provvedimento del _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000 che

PROPRIO CAREGIVER

AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33C.3 LEGGE N. 104/92
è esclusivamente il sig./la sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

residente _____

nominato dall'anno _____

Data e Luogo _____

Il disabile (firma)

Il Caregiver (firma)

Protocollo Attivo N. 17624/2023 del 24-11-2023
Allegato 4 - Class. 14.1 - Copia Documento

ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE 2021

Il/La Sottoscritto/a _____
nat_ a _____ il _____
residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____ nella qualità
di Caregiver esclusivo del disabile _____
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 _____ il _____ residente a _____ riconosciuto disabile **grave** ai sensi dell'art 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.ii o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18 del 11 febbraio 1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, con provvedimento del _____;
- il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ e deceduto a _____ il _____ riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.ii o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18 del 11 febbraio 1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, con provvedimento del _____
(dichiarazione da rilasciare solo con riferimento ai disabili deceduti alla data di pubblicazione dell'Avviso)

A TAL FINE DICHIARA

- di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 art.33 comma 3 della Legge 104/92 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) _____;
- 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% e il riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
- che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita in quanto 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 che la condizione di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.
- che autorizza la propria iscrizione al registro caregiver per le future corresponsioni del beneficio.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver;

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 (o ha prestato) la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Copia del patto di servizio, del piano personalizzato o di certificato attestante l'attività di cura e di assistenza;
- 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 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 come meglio specificato al seguente link: www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-

Data e Luogo _____

Il disabile (firma)

Il Caregiver (firma)

Sezione di Salute e Servizi Sociali - 10128
Protocollo Arquivo N. 17624/2023 del 24-11-2023
Allegato 4 - Class. 14.1 - Copia Documento