



COMUNE DI ALIA
CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
AREA AMMINISTRATIVA
UFFICI SERVIZI SOCIALI
P.E.C. : protocolloalia@pec.it



DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"

Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari,
Distretto Sanitario n. 38 – ASP 6

BONUS CAREGIVER

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA'
GRAVISSIMA (FONDO ANNO 2022)**

**Al Distretto Socio Sanitario 38
di Lercara Friddi**

Comune di ALIA

Il/La sottoscritt
nat a il
residente a prov.
via n°
codice fiscale
tel.: e-mail

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza destinato ai caregiver familiari
svolto in favore di nat a
..... il residente
a prov.

via.....n°.....

codice fiscale

Riconosciuto disabile *gravissimo* ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore. A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale 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 valutato in condizioni gravissime ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal
3. la disabilità grave (legge 104/1992 art. 3 comma 3) è stata riconosciuta in data
4. di prestare/aver prestato personalmente assistenza e cura al familiare disabile;
5. che il familiare disabile
 - ☐ è stato ricoverato in struttura assistenziale dal al
 - ☐ non è stato ricoverato in struttura assistenziale nell'anno 2022.
6. L'esistenza in vita del familiare disabile alla data del
7. Di non aver presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune;

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2022;
- ✓ fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- ✓ fotocopia del codice fiscale del caregiver e della persona con disabilità;

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

- ✓ copia del patto di cura;
- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2022 e/o verbale di invalidità al 100% ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, di riconoscimento dell'idennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili;
- ✓ dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A)

Dichiara inoltre

che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali; di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;

Luogo e data

IL CAREGIVER

.....



**COMUNE DI ALIA
CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO**

AREA AMMINISTRATIVA
UFFICI SERVIZI SOCIALI
P.E.C. : protocolloalia@pec.it



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D
38"**

Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari,
Distretto Sanitario n. 38 – ASP 6

Allegato A

**Al Distretto Socio Sanitario "D38"
di Lercara Friddi**

Comune di _____

**Richiesta modalità di pagamento "Bonus caregiver – Contributo una tantum per il sostegno
del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi"**

Il/la

sottoscritto/a

.....

nat.....a.....Prov.

e residente in via n.

.....

Tel. e-mail

c.f.

In qualità di:

☐ Caregiver del disabile grave

.....

☐ Caregiver del disabile gravissimo

CHIEDE

Che il pagamento delle somme spettanti il **“Bonus caregiver – Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi”** sia effettuato nelle seguenti modalità:

- Accredito su c/c bancario o postale (no libretto/conto risparmio)
- Carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di pubbliche Amministrazioni)

Intestato a

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN[illegible]

- SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione;
- DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Addì

IL DICHIARANTE
