



DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA- BONUS CAREGIVER (Fondo anno 2022)

Il/ La Sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ 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 svolto in favore del disabile:

_____, nato a _____ il _____

residente a _____ riconosciuto

- **1. 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.

OPPURE

- **2. DISABILE GRAVISSIMO** in quanto, a seguito di valutazione multidimensionale dell'Asp, è stato riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e percepisce il beneficio economico, previa sottoscrizione del Patto di Cura;

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Di essere caregiver o essere stato 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): _____
- 2) Che il disabile possiede la certificazione di cui alla Legge 104/1992 art.3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18/1980 con punteggio di 100% e il riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore valido per l'anno 2022: dal _____
- 3) Che il disabile è stato valutato **"Gravissimo"** a seguito di valutazione multidimensionale dell'Asp, ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e percepisce il beneficio economico, previa sottoscrizione del Patto di Cura dal _____
- 4) Che il caregiver ha assicurato attività di cura e assistenza alla persona assistita in quanto impossibilitata a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver per l'anno 2022, dal _____ al _____



DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

OPPURE

(solo per disabili deceduti alla data di presentazione della domanda)

- 5) Che il caregiver ha assicurato attività di cura e assistenza alla persona assistita in quanto impossibilitata a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver nell'anno:

○ 2022 - dal _____ al _____
Deceduto/a il _____

E CHE

- 6) Il disabile NON risulta essere stato ricoverato presso una struttura assistenziale per il periodo di riferimento (anno 2022)

(il caregiver non ha diritto a percepire il beneficio in quanto, come stabilito dall'articolo 1, comma 2, del D.P.C.M. del 27 ottobre 2020, le risorse sono finalizzate:

- ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione;
- a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita;

oppure è stato ricoverato limitatamente al periodo:

○ 2022 - dal _____ al _____

- 7) Nessun altro caregiver presenterà istanza per lo stesso disabile, per lo stesso periodo;
- 8) Che ha ricevuto il bonus di cui in oggetto, inerente l'avviso precedente riferito agli anni 2018-2019-2020;

Allega alla presente:

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

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

- Copia di certificato di invalidità e/o della Legge 104 CON DIAGNOSI del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente, riferito all'anno 2022;
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN del libretto postale**).
- Copia cartacea dell'IBAN intestato al caregiver.

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 richiama

IL RICHIEDENTE
