Comune di Piazza Armerina - Prot. 0045022 del 28-10-2026 in partenza

Provincia Regionale di Enna

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.24

COMUNI DI PIAZZA ARMERINA – BARRAFRANCA – PIETRAPERZIA – AIDONE

Al Comune di_____

Ufficio di Servizio Sociale

CONTRIBUTO ECONOMICO "*BONUS CAREGIVER*" UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA IN FAVORE DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI DISABILI GRAVISSIMI – D.R.S n. 2561 del 16/07/2026 F.N.A. Stato ANNUALITÀ 2022

Il/lasottoscritto/a_____nat_a_____Prov._____

Residente in_____via_____n._____Tel._____

email_____

Codice Fiscale:

CHIEDE

Il contributo economico "*BONUS CAREGIVER*" a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregivers familiari svolto in favore del Disabile _____ nato a _____ il _____ e residente a_____ in via _____ riconosciuto GRAVISSIMO ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 nell'anno _____ .

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali 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 riconosciuto gravissimo ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 nell'anno _____;

3. Che il disabile nel periodo di riferimento annualità 2022 non è stato ricoverato presso una struttura residenziale;

4. Che il caregiver assicura le seguenti attività di cura e assistenza alla persona assistita:

_____

_____

_____

_____

Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver e del Disabile;

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

- Legge 104/92 art. 3 c.3 riconosciuta a partire dall'anno 2022;
- Copia del Patto di Cura sottoscritto per il riconoscimento della Disabilità Gravissima ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo.

Firma Caregiver

_____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sig./La sig.ra _____ 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.

Firma Caregiver

_____

Comune di Piazza Armerina - Prot. 0045022 del 28-10-2026 in partenza