All. B

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.30

Modello di Domanda

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari di soggetti affetti da disabilità gravissima – Bonus caregiver (Fondo annualità 2022)

Al **Comune di.....**
del Distretto Socio Sanitario n 30

COMUNE DI CRIA - c_I482 - Prot. N. 0055657 del 04-11-2026 Comune di Patti (ME) Prot. in entrata n. 0009348 del 04/11/2026 partenza

BONUS CAREGIVER- DISABILI GRAVISSIMI

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

di accedere al contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore di
….....nato/a a.....
il.....residente a.....
riconosciuto persona con disabilità gravissima - grado di parentela……....
( ) in vita;
( ) deceduto;
in quanto, a seguito valutazione multidimensionale dell'ASP, è stato riconosciuto persona con disabilità gravissima, ai sensi dell'art. 3 del DM del 26/09/2016 e, previa sottoscrizione del Patto di Cura, percepisce il relativo contributo economico.

COMUNE DI PATTI (ME) - Prot. N. 0005657 del 04-11-2026 partenza
Comune di Patti_c_l482 - Prot. in entrata n. 0009348 del 04/11/2026

A TAL FINE DICHIARA

- di essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92, **nell' anno 2022**, dal…….al……;
- che, nell'anno 2022, sia il richiedente che l'assistito erano residenti nel Comune di…….. facente parte del Distretto Socio Sanitario n. 30;
- che la persona con disabilità gravissima è stata valutata tale, ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016, a decorrere dal ……..(indicare mese e anno);
- che il caregiver ha assicurato (nell'anno 2022) attività di cura e assistenza nei confronti della persona con disabilità grave impossibilitata a svolgere funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver;
- di avere il consenso della persona assistita o di un suo amministratore di sostegno o tutore o curatore.

Allega alla presente:

- fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;
- fotocopia fronte retro del documento di identità della persona con disabilità.

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

- Copia del Patto di Cura relativo alla persona con disabilità gravissima;
- Dichiarazione Codice IBAN del conto corrente bancario o postale su cui accreditare il contributo (All. C).

AUTORIZZA

ai sensi del Reg. UE 679/2016(GDPR), il trattamento dei dati personali per le finalità di cui al presente avviso, nonché per lo svolgimento di funzioni istituzionali, l'esecuzione di compiti di interesse pubblico o, comunque, per l'assolvimento di obblighi di legge ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, con modalità telematiche e/o manuali, nei modi e nei limiti necessari per le finalità suindicate. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.

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

Luogo e data…....., ….....

IL RICHIEDENTE

…….