

**Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto SS 52 Marsala-Petrosino
c/o Settore Servizi alla Persona
Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Marsala**

BONUS CAREGIVER

**BENEFICIO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI
CURA E DIASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE SVOLTO NEGLI ANNI
2018 E/O 2019 E/O 2020 IN FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ
GRAVISSIMA**

Il/la sottoscritto/a _____

nat. a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

PEC _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai Caregiver Familiari svolto in favore di

_____ C.F. _____ nato/a
a _____ il _____ e residente a _____

in via _____, riconosciuto disabile

gravissimo a seguito di valutazione multidimensionale dell'ASP , ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, avendo ricevuto il relativo beneficio, previa sottoscrizione del Patto di Cura.

Nello specifico, chiede di essere ammesso al beneficio per il/i seguente/i anno/i

- | | |
|--|------|
| | 2018 |
| | 2019 |
| | 2020 |

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

Il sottoscritto _____ dichiara di essere stato Caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela) _____ e, pertanto, di aver svolto attività di cura e assistenza alla persona nel/i seguente/i anni (barrare la casella):

- 2018
 2019
 2020

Inoltre, dichiara

1. Di essere stato residente, nell'anno/negli anni per il quale si chiede il beneficio economico nel Comune di Marsala o di Petrosino;
2. che la persona assistita, nell'anno/negli anni per il quale si chiede il beneficio economico è stata residente nel Comune di Marsala o di Petrosino;
3. che la persona assistita, nell'anno/negli anni per il quale si chiede il beneficio economico è stata riconosciuta disabile gravissimo a seguito di valutazione multidimensionale dell'ASP , ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e, pertanto, in possesso del Patto di Cura sottoscritto;
4. che la persona assistita ad oggi è in vita ovvero è deceduta (indicare la data del decesso _____);
5. che la persona assistita per l'anno/gli anni per il quale/i quali si chiede il beneficio economico (2018/2019/2020), non ha subito ricoveri residenziali (in ospedale, in comunità alloggio, in case di riposo, in RSA etc..) di lungo periodo e cioè superiori a 6 mesi anche non continuativi nel corso dell'anno/degli anni per il quale si chiede il beneficio economico.

Inoltre, ai fini dell'ammissione al beneficio economico Bonus Caregiver – disabile gravissimo, si allega la seguente documentazione:

1. Copia del Patto di Cura, vigente nell'anno/negli anni per il quale/i quali si chiede il beneficio economico (2018/2019/2020);
2. Dichiarazione del Caregiver Familiare sulle attività di cura e assistenza svolte a favore della persona disabile grave nell'anno/negli anni per il quale/i quali si chiede il beneficio economico (2018/2019/2020);
3. Dichiarazione inerente alla modalità da utilizzare per l'accredito del beneficio economico a firma del Caregiver;
4. Informativa trattamento dati personali a firma del Caregiver
5. Copia del documento di identità o di altro documento riconoscimento in corso di validità del Caregiver Familiare.

Data _____

IL RICHIEDENTE