

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

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE SVOLTO NELL'ANNO 2021 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, destinato al Caregiver Familiare a sostegno del ruolo di cura e assistenza svolto, **nell'anno 2021**, in favore del/la

Sig./Sig.ra _____ C.F. _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in

via _____ n. _____, riconosciuto/a soggetto affetto da disabilità

gravissima ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'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 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1) di essere stato, **nell'anno 2021**, Caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 del/la Sig./Sig.ra _____ (indicare il grado di parentela) _____ e, pertanto, di aver svolto attività di cura e assistenza alla persona assistita sopra citata, come da auto-dichiarazione presentata (Allegato D) , e precisamente nei mesi sotto indicati (**segnare con una crocetta i mesi interessati**):

- gennaio;
- febbraio;
- marzo;
- aprile;
- maggio;
- giugno;
- luglio;
- agosto;
- settembre;
- ottobre;
- novembre;
- dicembre;

- 2) che sia in capo allo scrivente che all'assistito sussistono i requisiti richiesti per l'accesso al contributo di cui all'art. 3 dell'Avviso pubblico "per l'accesso al contributo economico "una tantum" per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei Caregivers familiari di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima - bonus Caregiver familiare fondo anno 2021";
- 3) che il soggetto affetto da disabilità è stato valutato, previa valutazione multidimensionale dell'ASP, in condizioni gravissime ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal
-
- 4) che la persona assistita ad oggi è in vita ovvero è deceduta (indicare la data del decesso _____);

Dichiara, inoltre, che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali (artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000)

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

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del caregiver richiedente;
2. (se ricorre il caso) Copia regolare permesso di soggiorno per il periodo di assistenza prestato nell' anno 2021;
3. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto affetto da disabilità gravissima;
4. Copia del patto di cura ;
5. Autocertificazione resa ai sensi del DPR 445/2000, attestante l'attività di cura e di assistenza (All. D);
6. Dichiarazione inerente il conto corrente per l'accreditto del contributo (All. C).

Data _____

IL RICHIEDENTE

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sig./La sig.ra _____ autorizza il trattamento dei dati inclusi nella presente istanza, compresi quelli di natura sanitaria, 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.

Data _____

IL RICHIEDENTE