Comune di Pozzallo Prot. n. 0014227 del 03-06-2025 in arrivo

ALLEGATO "A"

Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto n. 45 .

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 GRAVE

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/lla Sig./Sig.ra _____ C.F. _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____, riconosciuto/a disabile grave ai sensi dell' art. 3 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle 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/lla 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):**

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

2) che sia in capo al richiedente 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 disabilita' grave e gravissima - bonus Caregiver familiare fondo anno 2021";

3) che la persona assistita, nell'anno 2021 era in possesso della certificazione in corso di validità di cui alla legge 104/1992, art. 3 comma 3;

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, istanza online, i seguenti documenti in pdf:

1. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del caregiver richiedente;
2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto affetto da disabilità grave;
3. (se ricorre il caso) Copia regolare permesso di soggiorno (nel periodo di assistenza prestato nell'anno 2021);
4. Copia verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap (art. 3, comma 3, Legge 104/92) , in corso di validità nell'anno 2021;
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'accredito 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, anche 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

Comune di Pozzallo Prot. n. 0014227 del 03-06-2025 in arrivo

Comune di Pozzallo Prot. n. 0014227 del 03-06-2025 in arrivo

ALLEGATO "B"

Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto socio- sanitario n.45

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/lla 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/lla Sig./Sig.ra _____ (indicare il grado di parentela)

Comune di Pozzallo Prot. n. 0014227 del 03-06-2025 in arrivo

_____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**):

- o gennaio;
- o febbraio;
- o marzo;
- o aprile;
- o maggio;
- o giugno;
- o luglio;
- o agosto;
- o settembre;
- o ottobre;
- o novembre;
- o 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 disabilita' 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, istanza online, i seguenti documenti in pdf :

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'accredito 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

Comune di Pozzallo Prot. n. 0014227 del 03-06-2025 in arrivo

ALLEGATO "C"

Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto Socio- Sanitario n. 45

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 GRAVE/GRAVISSIMA.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

PEC _____

Codice Fiscale:																

In qualità di:

☐ caregiver del disabile grave _____ nell'anno 2021;

☐ caregiver del disabile gravissimo _____ nell'anno 2021;

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti quale **"Bonus caregiver –contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi o gravissimi"** sia effettuato nella seguente modalità:

☐ accredito su c/c bancario o postale **(attenzione no libretto/conto di risparmio)**

☐ carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

intestato a _____
(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN:

PAESE		CHECK		CIN	ABI					CAB						N. CONTO										

- **SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente all'ufficio preposto qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.
- **DICHIARA** di essere stato informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 28 della legge 20 novembre 2017 n.167, circa il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione, necessari per la erogazione del contributo in questione.

IL DICHIARANTE

ALLEGATO "D"

MODULO DI INDIVIDUAZIONE DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE/GRAVISSIMO PER TUTTE LE PRESTAZIONI DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA E FONDO CAREGIVER FAMILIARE

Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto Socio- sanitario n. 45

Il sottoscritto/ La sottoscritta
Cognome_____Nome_____
luogo di nascita_____data di nascita _____
Indirizzo_____tel._____
Comune di residenza_____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000

di essere stato, **nell'anno 2021**, Caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 del:

- □ disabile Grave Cognome_____Nome _____
  luogo di nascita_____data di nascita _____
- □ disabile Gravissimo Cognome_____Nome _____
  luogo di nascita_____data di nascita_____

e , pertanto di aver svolto, in suo favore, nell' anno 2021, le seguenti attivita' di cura ed assistenza:

□ *igiene personale quotidiana*
□ *governo ed igiene dell'alloggio*
□ *aiuto nell'alzata e messa a letto*
□ *preparazione dei pasti*
□ *somministrazione dei pasti*
□ *aiuto nella deambulazione o nell'uso della carrozzina o altri ausili (specificare)*_____
□ *disbrigo pratiche esterne*
□ *accompagnamento per visite mediche o attività riabilitative*
□ *altro specificare* _____

In fede,

Data_____

Il Caregiver

_____

Comune di Pozzallo Prot. n. 0014227 del 03-06-2025 in arrivo