

**AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 53**  
C/O SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE  
DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Disabilità gravissima** – D.R.S. n.1647 del 19 Giugno 2023. - Contributo Economico Una Tantum per il Sostegno al ruolo di Cura e di Assistenza Bonus Caregiver - **Fondo: Anno 2021**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ nella Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false ed incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

**CHIEDE**

il contributo Una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ nella Via \_\_\_\_\_

riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016  
dal \_\_\_\_\_ (indicare l'anno)

**A TAL FINE DICHIARA**

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della Legge 205/2017 art. 33 comma 3 della Legge 104/92 (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_;
2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del caregiver e del disabile;

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

- Copia del patto di cura riattualizzato;
- Eventuale dichiarazione inerente il Codice IBAN (**Conto corrente bancario o postale**) da utilizzare per l'erogazione del contributo.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata su: <https://www.comune.mazaradelvallo.tp.it/privacy>

**ACCONSENTO AL TRATTAMENTO**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_



**AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 53**  
**CAO SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE**  
**DI \_\_\_\_\_**

**OGGETTO: Disabilità grave** – D.R.S. n.1647 del 19 Giugno 2023. - Contributo Economico Una Tantum per il Sostegno al ruolo di Cura e di Assistenza Bonus Caregiver - **Fondo: Anno 2021**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ nella Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false ed incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

**CHIEDE**

il contributo Una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ nella Via \_\_\_\_\_

riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della Legge n. 18 del 11 Febbraio 1980 con riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

**A TAL FINE DICHIARA**

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della Legge 205/2017 art. 33 comma 3 della Legge 104/92 (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_;
2. che il disabile grave è in possesso della certificazione di cui alla Legge 104/92 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità con riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
3. che il caregiver assicura attività di cura ed assistenza alla persona assistita in quanto, come indicato nel patto di servizio o in qualsiasi altro certificato che attesti la condizione di impossibilità a svolgere le funzioni primarie senza l'aiuto del caregiver.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del caregiver e del disabile;

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

- Verbale della commissione attestante la disabilità grave con diagnosi ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (con diagnosi) o verbale di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento (con diagnosi) del soggetto a cui presta l'attività di caregiver da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dalla quale si evinca l'attività di cura del caregiver del disabile non autosufficiente;

- Eventuale dichiarazione inerente il Codice IBAN (**Conto corrente bancario o postale**) da utilizzare per l'erogazione del contributo.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata su: <https://www.comune.mazaradelvallo.tp.it/privacy>

**ACCONSENTO AL TRATTAMENTO**

Data e Luogo \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_