

**(Caregiver Disabile Grave/Gravissimo)**

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11**



*Bompensiere*



*Milena*



*Marianopoli*



*Serradifalco*



*Montedoro*



*ASP n° 2*



*Comune capofila - San Cataldo*

*Piazza Papa Giovanni XXIII° - SAN CATALDO – Fax. / Tel. 0934/511203 – Tel. : 0934/511235*

*Sito Internet: [www.comune.san-cataldo.cl.it](http://www.comune.san-cataldo.cl.it)*

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM AL CAREGIVER**

**PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA**

**D.R.S. 1647 DEL 19/06/2023**

**Fondo F.N.A. Stato – Annualità 2021**

**Al Comune di \_\_\_\_\_**

**Ufficio Politiche Sociali**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ E.Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ riconosciuto:

- Disabile Grave – ai sensi dell’Art. 3 comma 3 della L. 104/92, antecedente e/o nell’anno 2021;
- Soggetto non autosufficiente impossibilitato a svolgere gli atti quotidiani senza l’aiuto permanente di un accompagnatore, titolare di indennità di Accompagnamento, L. 18/1980;
- Soggetto riconosciuto, altresì, **Disabile Gravissimo**, ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26/09/2016 – valutato tale dall’Equipe Multidisciplinare dell’Asp, di competenza territoriale, antecedente e/o **nell’Anno 2021 dal** \_\_\_\_\_

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

### DICHIARA

1. Che il disabile grave/gravissimo, di cui il sottoscritto è caregiver familiare, è residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 11;
2. Di essere cittadino italiano, di uno dei Paesi comunitari o non appartenenti alla UE, in possesso di regolare permesso di soggiorno, con esclusione dei titolari di permessi di durata inferiore a sei mesi;
3. Di essere maggiorenne;
4. Di essere caregiver familiare ai sensi dell’art. 1, comma 255, della Legge n. 205 del 27/12/2017 Specificare il grado di parentela \_\_\_\_\_;
5. Di assicurare attività di cura e di assistenza, a titolo gratuito, alla persona assistita;
6. Che la persona assistita è riconosciuta: **Disabile Gravissimo**, ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26/09/2016, valutata tale dall’Equipe Multidisciplinare dell’Asp, di competenza territoriale, dal \_\_\_\_\_(indicare la data del riconoscimento della Disabilità Gravissima)

#### Alla presente Allega:

- Fotocopia documento di identità e codice fiscale del caregiver familiare richiedente;
- Regolare permesso di soggiorno (di durata superiore a sei mesi, se cittadino di uno dei Paesi comunitari o non appartenenti alla UE);

Allega, altresì, alla presente in busta chiusa, con la dicitura “*Contiene dati sensibili*”, i seguenti documenti:

- Copia certificazione della Commissione medica con la quale è riconosciuta la L. 104/92 art. 3 comma 3 e/o dell’indennità di accompagnamento della persona assistita;
- Dichiarazione della persona assistita, di un suo Amministratore di Sostegno, di un suo Tutore di qualificazione quale caregiver familiare dell’istante;
- Dichiarazione del Conto Corrente Bancario su cui accreditare il contributo intestato o cointestato al caregiver.

Il Comune di residenza effettuerà il controllo sulle dichiarazioni rese, con le autorità competenti.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati esclusivamente per l'espletamento di cui alla presente richiesta, ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

IL RICHIEDENTE

---