



ALLEGATO SUB C

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7197121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

BONUS CAREGIVER DISABILI GRAVISSIMI
INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

COGNOME _____ NOME _____

in proprio o

nella qualità di (genitore /tutore/curatore/Ads) _____ del disabile di nome _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

COMUNE DI RESIDENZA ASSISTITO/A _____

Disabile: ☐ Gravissimo giusta provvedimento del _____

DICHIARA

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

IL PROPRIO CAREGIVER

AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33C.3 LEGGE N. 104/92
è esclusivamente il sig./la sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

residente _____

nominato dall'anno _____

Data e Luogo _____

Il disabile/legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)

ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVISSIMO ANNUALITA 2022

Il sottoscritto (*Caregiver*) _____
nat__ a _____ il _____
residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____ nella qualità
di Caregiver esclusivo del disabile _____

CHIEDE

- ☐ Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ riconosciuto **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno);
- ☐ Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ e deceduto a _____ il _____ riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno) (dichiarazione da rilasciare solo con riferimento ai disabili deceduti alla data di pubblicazione dell'Avviso)

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

DICHIARA

- 1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) _____
- 2) Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver

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

- Copia del patto di cura riattualizzato
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, come specificato al seguente link: www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-piano-l-328-2000

Data e Luogo _____

Il disabile/ legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)