

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

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 Gravissimo**, ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 – valutato tale dall'Equipe Multidisciplinare dell'Asp, di competenza territoriale, **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, 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:

- 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 sottoscritta 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
