

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

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**Oggetto: contributo economico per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare dei disabili gravi e gravissimi F.N.A. Stato – Annualità 2018/2019/2020.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_

Visto l'avviso pubblico inerente l'oggetto

### CHIEDE

Il contributo economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare ai sensi del D.R.S. n. 1528 del 06 settembre 2022,

### DICHIARA

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

di essere il *caregiver* familiare come definito dal comma 255, dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205,

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_.

Che la persona assistita è:

- in condizione di disabilità grave ai sensi della L. 104/92 (art. 3, comma 3);
- in condizioni di disabilità gravissima (art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali).

## MODALITÀ DI RISCOSSIONE

Il sottoscritto chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore (*caregiver*) venga effettuata con la seguente modalità:

a mezzo accreditamento sul conto corrente bancario/postale acceso presso:

Intestato a \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

### Allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* richiedente;
- copia del documento di riconoscimento del disabile grave o gravissimo;
- per i disabili gravi: verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;
- per i disabili gravissimi copia del Patto di Cura firmato e compilato;

L'istanza oltre che dal *caregiver* dovrà essere controfirmata dal disabile che riceve assistenza, in caso di impossibilità di quest'ultimo potrà essere controfirmata dall'amministratore di sostegno allegando il relativo decreto di nomina.

Il richiedente autorizza il Comune ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge e dall'avviso di cui sopra, nel rispetto dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

**Luogo** \_\_\_\_\_, **data** \_\_\_\_\_

Il Soggetto Assistito

\_\_\_\_\_

Il *Caregiver*

\_\_\_\_\_