**Distretto Socio Sanitario 49**

**Al Signor Sindaco del Comune di Carlentini**

**c/c Ufficio di Servizi Sociali**

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM - BONUS CAREGIVER - PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DI UN FAMILIARE DISABILE GRAVISSIMO/GRAVE.-**

Il/La Sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(segnare con una X la gravità)

□ riconosciuto gravissimo ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26/09/ 2016 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare anno);

□ riconosciuto grave ai sensi dell'art .3 c. 3 L.104 - invalido 100% con indennità di accompagnamento;

**al 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del disabile grave/gravissimo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) □ Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26/09/ 2016 dall'anno \_\_\_\_\_\_\_

***oppure (contrassegnare con X)***

2)□ Che il disabile grave è stato riconosciuto grave ai sensi dell'art .3 c. 3 L.104 - invalido 100% con indennità di accompagnamento;

3) Che la persona disabile non è ricoverata a tempo pieno;

**Allega alla presente:**

* fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del Caregiver;
* fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del disabile;

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

□ copia del Patto di Cura riattualizzato, per caregiver gravissimo;

**oppure**

□ copia verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3

Legge 104/92 (con diagnosi) o verbale di invalidità del 100% con indennità di accompagnamento

(con diagnosi), per caregiver grave;

* dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

La Sign.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, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_