



**DISTRETTO**  
**SOCIOSANITARIO N° 17**

**COMUNI DI: Calatabiano - Castiglione di Sicilia - Fiumefreddo di Sicilia – Linguaglossa –  
Mascali – Milo - Piedimonte Etneo – Riposto - Sant’Alfio.**

*Ente Capofila: Comune di Giarre*

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO  
DI CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020)**

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

**Ufficio di Servizio Sociale**

**Sede**

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

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

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_.

**Chiede**

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

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

residente a \_\_\_\_\_, riconosciuto **disabile gravissimo** ai sensi  
dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 dal \_\_\_\_\_ (specificare l'anno)

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 residente in uno dei Comuni del Distretto socio sanitario n. 17
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 e in condizioni di autosufficienza
4. di essere caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della legge n. 205/2017 o dell'art. 33 comma 3 della L. 104/92 (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_
5. di assicurare attività di cura e assistenza alla persona assistita
6. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

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

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

- Copia del patto di cura riattualizzato
- Dichiarazione della persona assistita, di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore di qualificazione di caregiver dell'istante.
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza il 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.

DATA \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

