

Allegato B)

Oggetto: Richiesta bonus caregiver come sostegno al ruolo di cura e di assistenza ai familiari dei soggetti affetti da disabilità gravissima – per l'anno 2021

Distretto Socio Sanitario 15
Comune di.....
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Il/La sottoscritt.....
nato/a a.....il.....
residente a.....Via..... n.....
Codice Fiscale.....tel.....
cell.....mail.....

CHIEDE

il bonus di cui all'oggetto per aver svolto nell'anno 2021 l'attività di caregiver in favore di:

.....nato/a a.....
il.....residente a.....
riconosciuto disabile gravissimo.

A TAL FINE DICHIARA

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

- di essere (indicare grado di parentela)..... ;
- di essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 , dal _____ al _____;

Che il disabile grave:

- non era ricoverato in strutture socio assistenziali
- che era in vita per tutto l'anno 2021
- che è deceduto in data _____

Che il disabile gravissimo possiede e/o era titolare di:

- certificazione di cui alla legge n. 104/92, art. 3, comma 3;
- certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/90 ed il riconoscimento della impossibilità di svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
- riconoscimento disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26 settembre 2016, per usufruire del beneficio economico di cui al **Patto di Cura**.

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del caregiver e del soggetto disabile grave;
- fotocopia del CODICE IBAN intestato al caregiver;

In busta chiusa con la dicitura “Contiene dati sensibili” i seguenti documenti:

- Copia certificato di invalidità e/o certificazione della legge n. 104/92 **con la diagnosi**, da cui si evince la necessità di una assistenza continua e permanente;
- Copia Codice IBAN **intestato al caregiver** su cui accreditare il bonus spettante .
- Copia del Patto di cura;

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il/La sig.r _____

autorizza il trattamento dei dati, inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy.

Luogo e data.....,

IL / LA RICHIEDENTE