

## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 26

### Comune Capofila MESSINA

COMUNI DEL DISTRETTO:: MESSINA – ALÌ TERME – ALÌ – FIUMEDINISI – FURCI SICULO – ITALIA – MANDANICI – NIZZA DI SICILIA – ROCCALUMERA – ROMETTA – SAPONARA – SCALETTA ZANCLEA – VILLAFRANCA TIRRENA – PAGLIARA

### Modello di Domanda

**Oggetto:** Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregiver familiari di soggetti affetti da disabilità gravissima – Bonus Caregiver (Fondo anni 2018-2019-2020)

Distretto Socio Sanitario 26  
Comune di PAGLIARA  
Ufficio di Servizio Sociale

### BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVISSIMI

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

consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, interverrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del Decreto sopra richiamato e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

### DICHIARA

- a) di essere caregiver familiare, ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017, in quanto (barrare l'ipotesi che ricorre)
- coniuge o una delle parti dell'unione civile** tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ( legge n. 76/2016),
  - familiare o affine entro il secondo grado,**
  - familiare entro il terzo grado,** nei soli casi di cui all'art. 33, comma 3, legge 104/1992;
- b) di assicurare attività di cura e assistenza, come indicato nel Patto di Cura redatto dall' U.V.M. dell'ASP di Messina;
- c) di avere acquisito il consenso della persona a cui presta assistenza, di un suo amministratore di sostegno, tutore o curatore.

## CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore di un soggetto riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dal.....(indicare l'anno)

Allega alla presente:

- ⑩ fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver.

In busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":

(nome e cognome persona da assistere) \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- ⑩ Copia del Patto di Cura riattualizzato;
- ⑩ Copia codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN collegato a libretto postale**).

## AUTORIZZA

il Comune di Pagliara al trattamento dei dati personali forniti nel corso delle procedure legate al presente Avviso, esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale essi vengono comunicati e per finalità gestionali e statistiche, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

**La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena esclusione.**

**Luogo e data....., .....**

**IL RICHIEDENTE**