**All. “B”**

**Al Comune di Pantelleria**

**Piazza Cavour, 15**

**Distretto Socio Sanitario 51**

**Ufficio Servizio Sociale**

**OGGETTO:** CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI ***“CAREGIVER FAMILIARI”*** DI SOGGETTI AFFETTI DA **DISABILITA’ GRAVE**

BONUS ***“CAREGIVER FAMILIARI”*** (Fondo anni 2018/2019/2020)

**BONUS CAREGIVER – DISABILI GRAVI**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel/Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo e- mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

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

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

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Riconosciuto disabile grave ai sensi dell’art.3 della Legge n. 104/92 e ss.mm. o soggetti in possesso di certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/80 con impossibilità a svolgere gli atti quotidiani senza l’aiuto di un accompagnatore.

**A TAL FINE DICHIARA**

* di essere “**caregiver**”, ai sensi dell’art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla legge n. 104/92, art.3, comma 3 e/o la 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;
* che il “**caregiver**” assicura attività di cura e assistenza al disabile impossibilitato a svolgere funzioni primarie senza l’aiuto del “**caregiver**”.

**Allega alla presente in busta chiusa con la dicitura “CONTIENE DATI SENSIBILI”** i seguenti documenti:

* fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del “**caregiver**”;
* 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 su cui accreditare il contributo.

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

**Luogo e data…………………………………………………..………………………………………**

**IL RICHIEDENTE**

**……………………………………………..**