

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



Bompensiere



Milena



Marianopoli



Serradifalco



Montedoro



ASP n° 2



Comune capofila - San Cataldo

Piazza Papa Giovanni XXIII° - SAN CATALDO – Fax. / Tel. 0934/511203 – Tel. : 0934/511235

Sito Internet: www.comune.san-cataldo.cl.it

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM AL CAREGIVER

PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA

D.R.S. 1528 DEL 06/09/2022

Fondo F.N.A. Stato – Annualità 2018/2019/2020

Al Comune di _____

Ufficio Politiche Sociali

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ N. _____

Codice Fiscale: _____

Recapito Telefonico _____ E.Mail _____

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di _____ nato a _____

il _____ residente a _____ riconosciuto **Disabile Gravissimo**, ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016 – valutato tale dall'Equipe Multidisciplinare dell'Asp, di competenza territoriale, nell'Anno _____

a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. Di essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario n. 11;
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 condizione di autosufficienza;
4. Di essere caregiver familiare ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge n. 205 del 27/12/2017
Specificare il grado di parentela _____;
5. Di assicurare attività di cura e di assistenza, a titolo gratuito, alla persona assistita;
6. Che la persona assistita è riconosciuta: **Disabile Gravissimo**, ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26/09/2016, valutata tale dall'Equipe Multidisciplinare dell'Asp, di competenza territoriale, dal _____ (indicare l'anno)

Alla presente Allega:

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

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

- Dichiarazione della persona assistita, di un suo Amministratore di Sostegno, di un suo Tutore di qualificazione quale caregiver familiare dell'Istante;
- Dichiarazione del Conto Corrente su cui accreditare il contributo.

Il Comune di residenza effettuerà il controllo sulle dichiarazioni rese, con le autorità competenti, richiedendo, altresì, all'ASP il Patto di Cura riattualizzato.

Il/La sottoscritta autorizza il trattamento dei dati esclusivamente per l'espletamento di cui alla presente richiesta, ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

IL RICHIEDENTE
