



ALLEGATO SUB C

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA  
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA  
TEL 095/7197121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO19@GMAIL.COM  
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

**BONUS CAREGIVER DISABILI GRAVISSIMI**  
**INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS**

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio di Servizio Sociale

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

in proprio o  
nella qualità di (genitore /tutore/curatore/Ads) \_\_\_\_\_ del disabile di nome \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA ASSISTITO/A \_\_\_\_\_

Disabile:  Gravissimo giusta provvedimento del \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

*sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000 che*

**IL PROPRIO CAREGIVER**

AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33C.3 LEGGE N. 104/92  
è esclusivamente il sig./la sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

nominato dall'anno \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Il disabile (firma)

Il Caregiver (firma)

### **ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVISSIMO**

Il sottoscritto (*Caregiver*) \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ nella qualità  
di Caregiver esclusivo del disabile \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

- Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ riconosciuto **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_ (indicare l'anno);
- Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ e deceduto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_ (indicare l'anno) (dichiarazione da rilasciare solo con riferimento ai disabili deceduti alla data di pubblicazione dell'Avviso)

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 caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) \_\_\_\_\_
- 2) Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_
- 3) Di autorizzare la propria iscrizione al registro caregiver per le future corresponsioni del beneficio

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver

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

- Copia del patto di cura riattualizzato
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al 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, come specificato al seguente link: [www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-piano-l-328-2000](http://www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-piano-l-328-2000)

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Il disabile (firma)

Il Caregiver (firma)