***Allegato A -*** Modello di Domanda

*Scadenza 22 dicembre 2023*

**Distretto Socio Sanitario n. 7**

**Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ufficio - Servizio Sociale**

**SEDE**

**OGGETTO:** **RICHIESTA** **“BONUS CAREGIVER” CONTRIBUTO ECONOMICO “UNA TANTUM” AL FAMILIARE DEL SOGGETTO DISABILE GRAVE O GRAVISSIMO \_ D.R.S. N. 1647 DEL 19/06/2023 F.N.A. STATO - ANNUALITA’ 2021**

Il/La Sottoscritt nat a il residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_ n. Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il contributo economico a sostegno del ruolo di cura e assistenza in favore del sig.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_,

( ) DISABILE GRAVE ai sensi ai sensi della **legge 104 /1992 art.3 comma 3;**

( ) DISABILE GRAVISSIMO ai sensi ai sensi dell’ art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e che il Patto di Cura è stato sottoscritto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si allega in copia;

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del DPR 445/2000;

**DICHIARA**

Di essere “caregiver familiare” della persona affetta da disabilità grave o gravissima, in qualità di :

( ) coniuge

( ) componente dell’unione civile (Unione civile registrata agli atti dello stato civile in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

( ) convivente di fatto (convivenza registrata agli atti dell’ufficio anagrafe in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

( ) parente o affine entro il secondo grado (indicare il rapporto di parentela o affinità:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

( ) parente entro *il terzo grado* (Indicare il rapporto di parentela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) [*soltanto nel caso in cui i genitori o il coniuge della persona disabile abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano, anch’essi, affetti da patologia invalidante o deceduti o mancanti ].*

Allega alla presente i seguenti documenti:

* Dichiarazione inerente il conto corrente intestato/cointestato (al care giver familiare) da utilizzare per l’accredito del contributo (Allegato B);
* Fotocopia (fronte /retro) del documento d’identità e del codice fiscale del richiedente/care giver e della persona con disabilità;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura *“*Contiene dati personali particolari*”, i seguenti documenti:*

* Per il disabile gravissimo: copia del patto di cura (in vigore nel 2021) datato e firmato;
* Per il disabile grave : copia del verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell’ art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 , con diagnosi , dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto nell’anno 2021;

**DICHIARA , ALTRESÌ**

* Di aver preso visione dell’Avviso pubblico;
* Di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi e che gli Uffici comunali si riservano di procedere al controllo, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Il sottoscritto è stato informato che, ai sensi dell'art. 13 del regolamento GDPR 679/2016 e del codice in materia di protezione dei dati personali (cosiddetta Legge Privacy) \_ Dlgs 196/2003 e ss.mm.ii.), il trattamento dei dati personali rilasciati riguarderà, esclusivamente, l’espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati saranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti .

Luogo e data

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

Firma del Dichiarante

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