



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**  
Città Metropolitana di Palermo  
**AREA AMMINISTRATIVA**  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO "D 38"**  
Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo  
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari  
Distretto Sanitario 38 ASP 6

**BONUS CAREGIVER**

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVISSIMA (FONDO ANNO 2021)**

**Al Distretto Socio Sanitario 38  
di Lercara Friddi**

Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt .....  
nat .... a ..... il .....  
residente a ..... prov. ....  
via ..... n° .....  
codice fiscale .....  
tel.: ..... e-mail .....

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 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

**CHIEDE**

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di ..... nat .... a ..... il ..... residente a ..... prov. .... via ..... n° ..... codice fiscale .....

Riconosciuto disabile *gravissimo* ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore. A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

## DICHIARA

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela) .....
2. Che il disabile è stato valutato in condizioni gravissime ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal .....
3. la disabilità grave (legge 104/1992 art. 3 comma 3) è stata riconosciuta in data .....
4. di prestare/aver prestato personalmente assistenza e cura al familiare disabile;
5. che il familiare disabile
  - è stato ricoverato in struttura assistenziale dal ..... al .....
  - non è stato ricoverato in struttura assistenziale nell'anno 2020.
6. L'esistenza in vita del familiare disabile alla data del .....
7. Di non aver presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune;

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2021;
- ✓ fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- ✓ fotocopia del codice fiscale del caregiver e della persona con disabilità;

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

- ✓ copia del patto di cura;
- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2021 e/o verbale di invalidità al 100% ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, di riconoscimento dell'identità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili;
- ✓ dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A)

### Dichiara inoltre

**che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali;** di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;

Luogo e data .....

IL CAREGIVER

.....



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**  
Città Metropolitana di Palermo  
**AREA AMMINISTRATIVA**  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI



**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO "D 38"**  
Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo  
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari  
Distretto Sanitario 38 ASP 6

### **BONUS CAREGIVER**

**CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI  
ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE  
(FONDO ANNO 2021)**

Al Distretto Socio Sanitario 38  
di Lercara Friddi

Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt .....  
nat .... a ..... il .....  
residente a ..... prov. ....  
via ..... n° .....  
codice fiscale .....  
tel.: ..... e-mail .....

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 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000

#### **CHIEDE**

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di ..... nat .... a ..... il ..... residente a ..... prov. .... via ..... n° ..... codice fiscale .....

Riconosciuto disabile *grave* ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm. o soggetto in possesso della certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela) .....
2. Che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3 o la certificazione di invalidità ai sensi della legge 18/1980 con punteggio di 100% e il riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
3. di prestare/aver prestato personalmente assistenza e cura al familiare disabile;
4. che il familiare disabile
  - è stato ricoverato in struttura assistenziale dal ..... al .....
  - non è stato ricoverato in struttura assistenziale nell'anno 2020.
5. L'esistenza in vita del familiare disabile alla data del .....
6. Di non aver presentato nessun'altra richiesta di analogo contributo presso altro Comune;

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2021;
- ✓ fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- ✓ fotocopia del codice fiscale del caregiver e della persona con disabilità;

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

- ✓ copia dei verbali di Legge 104/92 art. 3 comma 3 relativi all'anno 2021 e/o verbale di invalidità al 100% ai sensi della legge n.18 dell'11 febbraio 1980, di riconoscimento dell'identità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili;
- ✓ dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A)

#### Dichiara inoltre

**che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali;** di essere informato, ai sensi e per gli effetti del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016** che i dati personali raccolti e forniti in occasione della presente istanza:

- saranno trattati esclusivamente in funzione e per i fini della richiesta medesima e saranno conservati presso le sedi competenti;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;

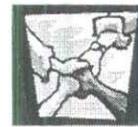
Luogo e data .....

IL CAREGIVER

.....



**COMUNE DI LERCARA FRIDDI**  
Città Metropolitana di Palermo  
**AREA AMMINISTRATIVA**  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO "D 38"**  
Alia, Castronovo di Sicilia, Lercara Friddi, Palazzo  
Adriano, Prizzi, Roccapalumba, Valledolmo, Vicari,  
Distretto Sanitario n. 38 – ASP 6

Al Distretto Socio Sanitario 38  
di Lercara Friddi

Comune di \_\_\_\_\_

**Richiesta modalità di pagamento "Bonus caregiver – Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi"**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a

.....

nat.....a.....Prov. ....

e residente in ..... via ..... n.

.....

Tel. .... e-mail .....

c.f. ....

In qualità di:

Caregiver del disabile grave

.....

Caregiver del disabile gravissimo .....

**CHIEDE**

Che il pagamento delle somme spettanti il **"Bonus caregiver – Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi"** sia effettuato nelle seguenti modalità:

Accredito su c/c bancario o postale (no libretto/conto risparmio)

