

MODELLO DOMANDA BONUS CAREGIVER FAMILIARE

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DEI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA FONDO ANNO 2021 - 2022

All'Ufficio di Servizio Sociale
Del Comune di _____
Distretto Socio Sanitario 48

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente a _____, in via _____, n. _____

Codice Fiscale _____

mail _____ cell. _____

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e assistenza bonus **Caregiver familiare** (fondo anno 2021 – 2022)

in favore del Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

riconosciuto/riconosciuta disabile:

(barrare con una X una delle condizioni possedute come sotto indicato)

- GRAVE** art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 o soggetto invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della legge n° 18/1980:
- anno 2021
- anno 2022
- GRAVISSIMA** valutata ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016
- anno 2021
- anno 2022

A tal fine 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 n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, del sig./sig.ra

_____ (indicare il grado di parentela) _____

(barrare con una X una delle condizioni possedute come sotto indicato)

- che la persona con **Disabilità Grave** possiede la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 oppure è invalida al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della Legge n. 18/1980;
- che la persona con **Disabilità Gravissima** è stata valutata ai sensi dell' art. 3 del D.M. del 26/09/2016 e che il Patto di Cura è stato sottoscritto in data _____ che si allega in copia.

2. che il codice IBAN per l'accreditamento del contributo è il seguente:¹

PAESE	CECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

A tal fine, allega alla presente istanza i seguenti documenti:

per i **DISABILI GRAVI**

- copia del documento di riconoscimento e del Codice Fiscale del richiedente *Caregiver* familiare;
- copia del documento di riconoscimento e del Codice Fiscale della persona con disabilità;
- Copia verbale con diagnosi se in possesso di certificazione art. 3 comma 3 Legge 104/1992 **in alternativa**
Verbale di invalidità al 100% con riconoscimento di indennità di accompagnamento;

per i **DISABILI GRAVISSIMI**

- copia del documento di riconoscimento e del Codice Fiscale del *Caregiver* familiare;
- copia del documento di riconoscimento e del Codice Fiscale della persona con disabilità
- copia del Patto di Cura

Si allega altresì:

- copia pdf del codice IBAN del conto corrente su cui accreditare il contributo.

Dichiara, inoltre, che le copie dei documenti allegati alla presente sono conformi agli originali.

Luogo e data _____

IL CAREGIVER

INFORMATIVASUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679 SULLAPROTEZIONE DATI (GDPR)

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, si forniscono le seguenti informazioni: Titolare del trattamento è il Sindaco della Città di _____, che potrà essere contattato

¹ Nota: Il conto corrente deve essere intestato al Caregiver richiedente il beneficio o cointestato con il disabile assistito. Non è possibile accreditare il contributo su libretto postale

all'indirizzo mail: _____. Per il trattamento in questione il Comune di _____ può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività o relativi trattamenti di dati personali di cui il Comune di Siracusa ha la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dall'art. 28 del Regolamento UE n. 679/2016 con tali soggetti il Comune di _____ sottoscrive contratti che vincolano il Responsabile al rispetto della normativa vigente. Il Responsabile della protezione dei dati è il/la _____ contattabile all'indirizzo mail: _____. Il trattamento dei dati è necessario per l'effettuazione del procedimento e l'esecuzione degli adempimenti di interesse pubblico (art. 6 par. 1 lett. E, del Regolamento Europeo) ed avviene in modo lecito, corretto e trasparente, nel rispetto dei principi di cui all'art. 5 del Regolamento. I dati personali sono trattati da personale autorizzato, per le finalità istituzionali del Comune di _____ e possono essere comunicati a terzi secondo quanto previsto dalle normative in materia. I dati saranno conservati per il tempo previsto dalle norme specifiche in materia. I dati sono trattati sia con procedure informatizzate e telematiche, sia con modalità manuali, anche attraverso gestori individuati dal Comune. Gli interessati possono avvalersi, ove applicabili, dei diritti di accesso (art. 15), di rettifica (art. 16), di cancellazione (art. 17), di notifica (art. 19), di portabilità (art. 20), di opposizione (art. 21) rivolgendosi ai contatti sopra indicati. In ultima istanza, oltre alle tutele in sede amministrativa e giurisdizionale, è ammesso il ricorso all'Autorità Garante <http://www.garanteprivacy.it>. Il Comune non utilizza modalità di trattamento basate su processi decisionali automatici (art. 22). Ai sensi degli artt. 7,12,13 del Regolamento UE 679/2016 il/la sottoscritto/a, con la firma della presente dichiarazione, ACCONSENTE al trattamento dei dati suindicati per le finalità sopra enunciate.

- Acconsento
- Confermo di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy

Luogo e data _____

IL CAREGIVER
