

Al Direttore Generale  
Dott. Carmine De Blasio

**OGGETTO: DGR n. 124 del 22/03/2021 – Intervento n.3.1 Bonus € 250,00 in favore dei caregiver delle persone con disabilità**

**Dati del destinatario (Caregiver)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Genere F/M \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N.B. IL CODICE IBAN DEVE ESSERE INTESSTATO AL CAREGIVER (POSTALE O BANCARIO – NO LIBRETTO)**

Titolo di studio \_\_\_\_\_

**Stato occupazionale:**

- Occupato
- Disoccupato
- Inattivo

**Grado di parentela con la persona assistita:**

- Coniuge
- Genitore
- Figlio/a
- Convivente di fatto
- Parte dell'unione civile
- Familiare di II grado
- Affine di II grado (es.nuora/genero, cognato/a)

Altro (Amministratore di Sostegno, Tutore o Curatore) SPECIFICARE: \_\_\_\_\_

atto di nomina n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

**Dati della persona con disabilità assistita**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Genere M/F \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:**

- di essere nelle condizioni di caregiver previste dalla L. 205/2017 art. 1 comma 255;
- di assistere la persona con disabilità, come definita nell' Avviso, valutata come disabile grave o gravissimo a seguito di valutazione integrata UVI al 22/01/2021;
- di impegnarsi all'iscrizione al Registro regionale dei caregivers familiari, di cui alla DGR 124/2021, non appena attivato;
- di aderire alla misura in oggetto;

**INOLTRE DICHIARA:**

che la persona disabile assistita è percettore di Assegno di cura:

SI

NO

che la persona disabile assistita è in carico alle Cure Domiciliari Sanitarie ADI presso l'Ambito S6 alla data del 22/01/2021;

SI

NO

che la persona disabile assistita è percettrice di altre misure di sostegno monetario :

Home care

Dopo di Noi

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- Documento d'identità del caregiver in corso di validità;
- Documento d'identità della persona assistita con disabilità in corso di validità;
- Copia di atto di riconoscimento dell'invalidità al 100% o copia di atto di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento della persona con disabilità;
- Copia del verbale INPS legge n. 104/92 art.3 comma3 **SOLO PER I DISABILI GRAVI COSI' COME DEFINITI IN SEDE DI UVI;**
- Copia verbale UVI (alla data del 22/01/2021);

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_  
Autorizzo il trattamento dei miei dati particolari ai sensi del reg.EU 679/2016 (GDPR) e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e succ. mod

Luogo e data

Firma