



Comune di Nicosia



Comune di Troina



Comune di Sperlinga



Comune di Capizzi



Comune di Gagliano CF



Comune di Cerami



ASP ENNA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Distretto Socio Sanitario D/23  
Comuni di Nicosia capofila, Troina, Capizzi, Gagliano C.to, Cerami, Sperlinga, ASP di Enna

**OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI DISABILI GRAVI E GRAVISSIMI. F.N.A STATO - ANNUALITA' 2022 - ISTANZA**

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

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

(Indirizzo di posta elettronica)

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

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

all'indirizzo \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico fisso e/o mobile \_\_\_\_\_

Visto l'avviso pubblico inerente l'oggetto

### CHIEDE

Il contributo economico per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare ai sensi della deliberazione di Giunta Regionale n. 339 del 08/08/2022 e del D.R.S. n. 2561 del 16/07/2026 del Dipartimento Regionale delle Politiche Sociali e del Lavoro – ANNO 2022,

### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000:

di essere il caregiver familiare come definito dal comma 255, dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017 n. 205,

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_.

Che la persona assistita è:

- in condizioni di disabilità gravissima (art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali);
- in condizione di disabilità grave ai sensi della L. 104/92 (art. 3, comma 3).

### MODALITÀ DI RISCOSSIONE

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione del contributo economico in proprio favore (*caregiver*) venga effettuata con la seguente modalità:

- a mezzo accreditamento sul conto corrente bancario/postale acceso presso:

Intestato a \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

### Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* richiedente;
- Per i disabili gravi: verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/1992, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto, o verbale di invalidità con accompagnamento, da presentare in busta chiusa. I certificati da allegare dovranno essere quelli da cui si evince la patologia;
- Per i *Caregiver* dei disabili gravi, copia del Patto di servizio o dichiarazione che è stato realizzato un piano personalizzato dal quale si evinca l'attività di cura del *Caregiver* del disabile non autosufficiente;
- Per i *Caregiver* dei gravissimi copia del Patto di Cura firmato e compilato;

Il richiedente autorizza il Comune ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge e dall'avviso di cui sopra, nel rispetto dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

**Luogo** \_\_\_\_\_, **data** \_\_\_\_\_

**FIRMA (per esteso e leggibile)**

\_\_\_\_\_

**N.B. Per garantire la leggibilità, compilare il modulo con computer e NON a mano.**

**Le istanze possono essere presentate in modalità cartacea o trasmesse all'indirizzo di posta elettronica (mail o pec) esclusivamente in formato PDF**