

ALLEGATO SUB A

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

AVVISO PUBBLICO
CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI
ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER ANNO DI FINANZIAMENTO 2022

SI RENDE NOTO

sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per i care giver dei soggetti con disabilità residenti nel Distretto Socio Sanitario 19, Comuni di Gravina di Catania, San Gregorio di Catania, Mascalucia, Tremestieri Etneo, San Giovanni La Punta, Valverde, Viagrande, Trecastagni, Pedara, Nicolosi, Camporotondo, San Pietro Clarenza, Sant'Agata Li Battiati.

1. le istanze da parte del Caregiver devono essere inoltrate al comune di residenza del soggetto con disabilità;
2. il Caregiver che assiste più persone disabili può presentare più istanze e ricevere più contributi;
3. le istanze presentate dai Caregiver familiari per i disabili gravi e gravissimi devono essere riferite alla disabilità riconosciuta nell'anno di cui al decreto di finanziamento (2022). Non sono ammesse le istanze relative a disabilità grave e gravissima riconosciuta negli anni successivi al 2022;
4. in caso di disabile deceduto al momento della pubblicazione dell'Avviso ma con disabilità grave o gravissima riconosciuta nell'anno 2022, il Caregiver potrà presentare l'istanza e avere diritto a percepire il beneficio in misura proporzionale all'esistenza in vita del disabile;
5. il Caregiver non può presentare istanza e non ha diritto al beneficio se il disabile grave o gravissimo risulta ricoverato nel 2022 presso una struttura assistenziale a carico del bilancio pubblico (articolo 1, comma 2, del D.P.C.M. del 27 ottobre 2020);
6. il Caregiver del disabile gravissimo non può presentare per lo stesso assistito anche l'istanza per la disabilità grave.

Si avverte che l'accesso al contributo economico, sia per i Caregiver dei gravi sia per i Caregiver dei gravissimi, verrà erogato, nei limiti dello stanziamento ricevuto dalla Regione Siciliana e sulla base del numero di istanze ammesse complessivamente nei tredici comuni. La somma a disposizione dei tredici comuni è di € 79.246,53 di cui € 51.510,24 per i gravi e € 27.736,28 per i gravissimi.

L'amministrazione comunale di residenza del disabile provvederà ad effettuare il controllo dei dati forniti da ciascun richiedente.

Il modello di istanza, da presentare nei Comuni di residenza, entro e non oltre il termine perentorio del 30/09/2026 potrà essere ritirato presso gli uffici relazione con il pubblico e/o servizi sociali del Comune di residenza del disabile, o scaricato dal sito del Comune di residenza.

L' **Istanza** dovrà essere corredata da:

- 1) copia del documento di riconoscimento del Caregiver;
- 2) per i disabili gravi: verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, 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;
- 3) per i Caregiver dei gravissimi, copia Patto di Cura firmato e compilato;
- 4) dichiarazione inerente il conto corrente da utilizzare per l'accredito del contributo.

Non verranno accolte le istanze presentate oltre il termine stabilito.

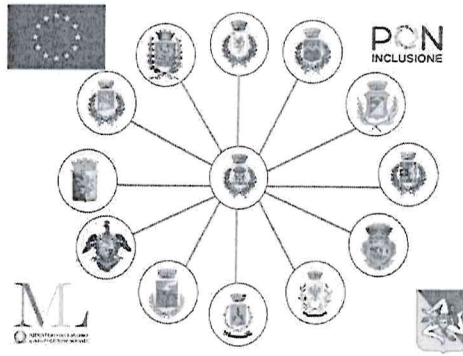
I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione Comunale competente, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 28 della Legge 20 Novembre 2017 n. 167, come riportati al seguente link: www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-piano-l-328-2000

Allegati all'avviso sono:

- ✓ ALLEGATO B DISABILI GRAVI MODULO INDIVIDUAZIONE CAREGIVER E ISTANZA ANNUALITÀ 2022
- ✓ ALLEGATO C DISABILI GRAVISSIMI MODULO INDIVIDUAZIONE CAREGIVER E ISTANZA ANNUALITÀ 2022
- ✓ ALLEGATO D DICHIARAZIONE CONTO CORRENTE

f.to Distretto Socio-sanitario 19
Responsabile UAS Piano di Zona
Dott.ssa Giuseppa Scalia

Sindaco del Comune Capofila
Comune di Gravina di CT
Avv. M. Giammusso



ALLEGATO SUB B

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7197121 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

BONUS CAREGIVER DISABILI GRAVI

INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

COGNOME _____ NOME _____

in proprio o
nella qualità di (genitore /tutore/curatore/Ads) _____ del disabile di nome _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

COMUNE DI RESIDENZA ASSISTITO/A _____

Disabile: ☐ Grave giusta provvedimento del _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000 che

PROPRIO CAREGIVER

AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33C.3 LEGGE N. 104/92
è esclusivamente il sig./la sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

residente _____

nominato dall'anno _____

Data e Luogo _____

Il disabile/legale rappresentante (firma) Il Caregiver

(firma)

ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE ANNUALITA' 2022

Il/La Sottoscritto/a _____
nat__ a _____ il _____
residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____ nella qualità
di Caregiver esclusivo del disabile _____
sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

- ☐ il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ riconosciuto disabile **grave** ai sensi dell'art 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.ii o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18 del 11 febbraio 1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, con provvedimento del _____;
- ☐ il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ e deceduto a _____ il _____ riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.ii o soggetto in possesso della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 18 del 11 febbraio 1980 al 100% con il riconoscimento della impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, con provvedimento del _____
(dichiarazione da rilasciare solo con riferimento ai disabili deceduti alla data di pubblicazione dell'Avviso)

A TAL FINE DICHIARA

- di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 art.33 comma 3 della Legge 104/92 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) _____;
- 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 col punteggio di 100% e il riconoscimento della impossibilità a svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;
- di assicurare attività di cura e assistenza alla persona assistita

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver;
Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:
- Copia di certificato di invalidità e/o certificato della legge 104 con diagnosi del soggetto a cui presta (o ha prestato) la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

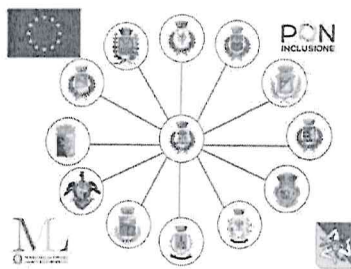
Il comune di residenza effettuerà i dovuti controlli con le autorità competenti

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata come meglio specificato al seguente link: www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-piano-l-328-2000

Data e Luogo _____

Il disabile/legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)



ALLEGATO SUB C

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7197121 MAIL: DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

BONUS CAREGIVER DISABILI GRAVISSIMI
INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale

COGNOME _____ NOME _____

in proprio o

nella qualità di (genitore /tutore/curatore/Ads) _____ del disabile di nome _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

COMUNE DI RESIDENZA ASSISTITO/A _____

Disabile: ☐ Gravissimo giusta provvedimento del _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del dpr 445/2000 che

IL PROPRIO CAREGIVER

AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE N. 205/2017 ART.33C.3 LEGGE N. 104/92
è esclusivamente il sig./la sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

residente _____

nominato dall'anno _____

Data e Luogo _____

Il disabile/legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)

ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVISSIMO ANNUALITA 2022

Il sottoscritto (*Caregiver*) _____
nat. a _____ il _____
residente a _____ in via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____ nella qualità
di Caregiver esclusivo del disabile _____

CHIEDE

- ☐ Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ riconosciuto **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno);
- ☐ Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di _____, nato a _____ il _____ residente a _____ e deceduto a _____ il _____ riconosciuto **gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno) (dichiarazione da rilasciare solo con riferimento ai disabili deceduti alla data di pubblicazione dell'Avviso)

a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

DICHIARA

- 1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) _____
- 2) Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver

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

- Copia del patto di cura riattualizzato
- Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo.

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, come specificato al seguente link: www.comune.gravina-di-catania.ct.it/it/page/ufficio-piano-l-328-2000

Data e Luogo _____

Il disabile/ legale rappresentante (firma)

Il Caregiver (firma)

