

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 *GRAVI*INDIVIDUAZIONE NOMINA DEL CAREGIVER E ISTANZA DI BONUS

Il sottoscritto/ La sottoscritta

Data e Luogo _____

Al Comune di Gravina di Catania
Ufficio di Servizio Sociale

Il Caregiver (firma)

COGNOME		NOME			
in proprio o					
nella qualità di (genito	re /tutore/curatore/Ads)	del disabile di nome			
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA			
INDIRIZZO		_TEL			
COMUNE DI RESIDENZ	A ASSISTITO/A				
<u>Disabile:</u>	□Grave giusta provvedimento del				
	<u>D</u>	ICHIARA			
sotto la propria respo incomplete ai sensi de	•	conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o			
AI SENSI DELL'ART è <u>esclusivamente</u> il sig.	. 1, COMMA 255, DELLA LEGGE	D CAREGIVER E N. 205/2017 ART.33C.3 LEGGE N. 104/92			
Cognome	Nome				
Luogo di nascita	data di nascita				
Indirizzo		_tel			
residente					
nominato dall'anno					

Il disabile (firma)

ISTANZA DEL CAREGIVER DISABILE GRAVE 2021

					_
	te a				
sotto la		e consapevole delle c		e penali derivanti da dichia	
	il contributo econom	ico una tantum p	er il sostegno al	ruolo di cura e di ass	istenza in favore
	di		, nato a	il	residente a
		riconosci	uto disabile grav	<u>e</u> ai sensi dell'art 3 cor	nma 3 della leggo
	febbraio 1980 al 100%	con il riconoscimento	o della impossibili	e di invalidità ai sensi dell tà di svolgere gli atti quot ;	
		, nato	a	ruolo di cura e di assist ili	residente a
				la legge 104/1992 e ss.n	
				n. 18 del 11 febbraio 19	
				uotidiani senza l'aiuto	
				(dichiarazione da	
	riferimento ai disabili d				
		A TA	L FINE DICHIARA		
	ssere caregiver ai sensi DICARE IL GRADO DI PA			205/2017art.33 comma 3 c	della Legge 104/92
inva	alidità ai sensi della leg	ge 18/1980 col punte	eggio di 100% e il	04/1992 art. 3 comma3 o riconoscimento della imp	
	•	•			
serv	vizio, o nel piano perso	nalizzato redatto dal	Servizio sociale e d	assistita in quanto come i dall'U.V.M. o da qualsiasi narie senza l'aiuto del cara	altro certificato che
		,	•	e corresponsioni del benef	_
	lla presente:	Tizione ai registro car	egiver per le rutuit	e corresponsioni dei benei	icio.
Allega a	Fotocopia documento	di identità e del codic	o fiscalo del Caren	ivor:	
	altresì, in busta chiusa d		_		
Allega,	•		-	con diagnosi del soggetto :	a cui presta (o ha
•	•			cessità di aiuto permanent	•
Conia d				estante l'attività di cura e d	
•	azione conto corrente s	•		estante i attività di cara e v	ar assisteriza,
	i residenza effettuerà i (nti	
			•	ei dati inclusi quelli di natura sai	nitari, rilasciati
				ella vigente normativa sulla tute gravina-di-catania.ct.it/it/page/	
ata e Lu	ogo				
	Il disabile (firma)			Il Caregiver (firma)	