 ****

All’Azienda Consortile A01

 Via Fontanuova

83031 Ariano Irpino (AV)

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

**Dati del destinatario (Caregiver)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ ) cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza o c /da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

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

N. Documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO (barrare con una X):

* nessuno
* licenzia elementare/media inferiore
* diploma medie superiore
* laurea o superiore

STATO OCCUPAZIONALE (barrare con una X):

* occupato
* disoccupato
* inattivo

GRADO DI PARENTELA CON LA PERSONA ASSISTITA (barrare con una X):

* coniuge
* genitore
* figlio/a
* convivente di fatto
* parte dell’unione civile tra persone dello stesso sesso
* familiare secondo grado
* affine secondo grado
* Altro (Amministratore di sostegno, Tutore o Curatore) SPECIFICARE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Atto di nomina n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Dati della persona con disabilità assistita)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. Documento di identità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA ai sensi degli art. 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 alla data del 22/01/2021, in carico alle Cure Domiciliari Integrate o comunque alla stessa data già valutata, ma in attesa di ricevere l’attivazione del servizio;
* Di impegnarsi all’iscrizione al Registro Regionale dei caregivers familiari, di cui alla DGR 124/2021, non appena attivo;
* Di aderire alla misura in oggetto.

**Qualora il sottoscritto venisse riconosciuto idoneo ammissibile al beneficio dichiara**, di voler ricevere il Bonus con la seguente modalità:

accredito sul seguente **conto Corrente** Bancario /Postale Recante il seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Il codice IBAN deve essere intestato obbligatoriamente al CAREGIVER e deve essere un CONTO CORRENTE (no Iban Libretto postale).

**Allega:**

* Copia del documento di identità del caregiver in corso di validità
* Copia Codice Fiscale del Caregiver
* Copia del documento di identità della persona assistita in corso di validità
* Copia Codice Fiscale della persona assistita
* Copia del documento di riconoscimento dell’invalidità al 100%
* Copia del documento di indennità di accompagnamento
* Copia del verbale INPS della legge 104/92 art 3 comma 3 (solo per i disabili gravi riconosciuti dal verbale UVI)
* Copia del verbale UVI alla data del 22/01/2021
* Copia del Codice IBAN del Caregiver.

 Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a si impegna contestualmente a iscriversi al Registro Regionale dei caregivers familiari, di cui alla DGR 124/2021, non appena attivo.**

 Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. EU 2016/679 e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e succ. mod.

 Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_