



Azienda Speciale Consortile A04

c/o Comune di Avellino

Piazza del Popolo, 1

Tel. 0825 200316

PEC: serviziociali@cert.comune.avellino.it - C.F.: 92107500644

DOMANDA DI AMMISSIONE - DGR 124 DEL 22/03/2021 INTERVENTO 3.1 BONUS CAREGIVER € 250,00

DATI CAREGIVER	
COGNOME DEL CAREGIVER	
NOME DEL CAREGIVER	
SESSO (maschio/femmina)	<input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CAP	
DOCUMENTO IDENTITA'	
CODICE FISCALE CAREGIVER (16 caratteri)	
RECAPITO TELEFONICO	
TITOLO DI STUDIO	<input type="radio"/> nessuno <input type="radio"/> licenza elementare / media inferiore <input type="radio"/> diploma scuola superiore <input type="radio"/> Laurea
STATO OCCUPAZIONALE	<input type="radio"/> Occupato <input type="radio"/> Disoccupato <input type="radio"/> Inattivo
AI SENSI DELL'ART. 1 COMMA 255 L. 205/2017	<input type="radio"/> Coniuge <input type="radio"/> Genitore <input type="radio"/> Figlio/a <input type="radio"/> Convivente di fatto <input type="radio"/> Parte dell'unione civile <input type="radio"/> Familiare secondo grado <input type="radio"/> Affine secondo grado

DATI PERSONA ASSISTITA CON DISABILITA'	
COGNOME	
PERSONA CON DISABILITA'	
NOME	
PERSONA CON DISABILITA'	
SESSO (maschio/femmina)	<input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
COMUNE DI RESIDENZA	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	
CAP	
CODICE FISCALE PERSONA CON DISABILITA' (16 caratteri)	
PERSONA CON DISABILITA' GRAVE O GRAVISSIMA	<input type="radio"/> Disabilità grave <input type="radio"/> disabilità gravissima
CONDIZIONI DISABILITÀ GRAVISSIMA EX D.M. 26/9/16 - Allegato E ***	<input type="radio"/> a) <input type="radio"/> b) <input type="radio"/> c) <input type="radio"/> d) <input type="radio"/> e) <input type="radio"/> f) <input type="radio"/> g) <input type="radio"/> h) <input type="radio"/> i)
RICONOSCIMENTO INVALIDITA' AL 100%	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
DATA DECORRENZA INVALIDITA' (se si)	
DATA ISTANZA INVALIDITA' (se no)	
RICONOSCIMENTO INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO (SI/NO)	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
DATA DECORRENZA INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO (se si)	
DATA ISTANZA INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO (se no)	
USUFRUISCE DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE	
DATA VERBALE UVI PER CURE DOMICILIARI INTEGRATE (precedente il 22/01/2021)	
DISTRETTO SANITARIO DI VALUTAZIONE UVI	
PERCETTORE ASSEGNO DI CURA	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
PERCETTORE ALTRE MISURE DI SOSTEGNO MONETARIO	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> DOPO DI NOI <input type="radio"/> HOME CARE <input type="radio"/> ALTRO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- 1) Documento di Riconoscimento del caregiver in corso di validità;
- 2) Documento di Riconoscimento persona assistita in corso di validità;
- 3) Copia dell'atto di riconoscimento dell'invalisità al 100% o copia dell'atto di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento della persona disabile;
- 4) Copia del verbale INPS legge n. 104/92 art. 3 comma 3 SOLO PER I DISABILI GRAVI COME DEFINITI IN SEDE DI UVI;
- 5) Copia del verbale UVI alla data del 22/01/2021 SOLO PER CHI NON PERCEPISCE ASSEGNO DI CURA;
- 6) Copia del codice IBAN del conto corrente intestato al Caregiver.

Il sottoscritto _____, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, **DICHIARA** che i dati sopra riportati corrispondono a verità ed **AUTORIZZO** il trattamento dei miei dati personali sopra riportati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____, li _____
luogo e data

Firma _____