



Al Comune di _____

Ufficio dei Servizi Sociali

BONUS CAREGIVER

Contributo economico *una tantum* per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare dei **DISABILI GRAVISSIMI**

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec.Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico *una tantum* per il sostegno al ruolo di cura e assistenza – bonus *Caregiver* familiare (fondo anni 2018 – 2019 – 2020), svolto in favore di _____, nato a _____, il _____, residente a _____, riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, nei seguenti anni (barrare casella):

- 2018
- 2019
- 2020

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 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 _____;

1. che il codice IBAN per l'accreditamento del contributo è il seguente

_____.

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* familiare;
- copia del Patto di Cura.

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì _____

Firma del richiedente