

**Comune Capofila**

**BIVONA**

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

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:

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

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto in favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente

a in via

riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare l'anno).

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1. di essere caregiver ai sensi dell’art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela)
2. che il disabile è stato valutato in condizioni gravissime ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita.

Allega alla presente:

* Copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver.

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

* Copia del patto di cura relativamente all’anno 2021;
* Copia del verbale di disabilità grave (art. 3 c. 3 L.104/92);
* Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver a favore del disabile relativamente all’anno 2021;
* Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A).

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente