



Il 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 della persona con **DISABILITA' GRAVE**

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 anno 2022), svolto in favore di _____, nato
a _____, il _____, residente a _____,
riconosciuto persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 o in possesso
della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento dell'impossibilità di svolgere gli atti
quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, nel seguente anno (barrare casella):

☐ 2022

DICHIARA

- 1 di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, indicare il grado di
parentela _____ ;
- 2 che la persona con disabilità possiede la certificazione di cui all'art. 3 comma 3 della Legge
104/1992, o in possesso della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento
dell'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
dal _____
- 3 che il codice IBAN per l'accreditamento del contributo è il seguente

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento del Caregiver familiare;

- verbale della Commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto o verbale di invalidità con accompagnamento. La documentazione da allegare dovrà essere quella da cui si evince la patologia;
- Certificato dell'IBAN della Banca o della Posta (qualora si tratti della Posta si accetterà solo ed esclusivamente la Postepay Evolution) del Caregiver familiare e non della persona con disabilità

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