

Al Distretto Socio Sanitario n. 54

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

### **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 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

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 disabile 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, nella qualità di seguito specificata \_\_\_\_\_ ;
2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 in data \_\_\_\_\_

#### **Allega alla presente istanza:**

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del *Caregiver* familiare e del disabile ;
- copia codice IBAN su cui accreditare il contributo;

#### **Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati Sensibili" il seguente documento:**

- 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 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente