

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

UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

per il successivo inoltra al DISTRETTO SOCIO SANITARIO D28

**ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI DISABILI GRAVI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

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 disabile 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, 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 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.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili":

1. il 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;
2. Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal *caregiver* in favore del disabile;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67).

Addi \_\_\_\_\_

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