

Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

per il successivo inoltro al Distretto Socio Sanitario 28

RICHIESTA MODALITÀ DI PAGAMENTO "BONUS CAREGIVER"

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ e residente in _____

via _____ n. _____ Tel. _____

e-mail _____ PEC _____

Codice Fiscale: _____

In qualità di:

caregiver del disabile grave

caregiver del disabile gravissimo

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti il "Bonus Caregiver - Contributo una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi e gravissimi" sia effettuato nella seguente modalità:

accredito su c/c bancario o postale (no libretto /conto di risparmio)

carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

intestato a _____

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

IBAN: _____

- SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente, e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

- DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al regolamento GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti con la presente richiesta saranno trattati, per l'espletamento della procedura di cui trattasi.

Addi _____

IL DICHIARANTE
