

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

UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

per il successivo inoltro al DISTRETTO SOCIO SANITARIO 28

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

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

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

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

Tel./Cell \_\_\_\_\_ 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/a al beneficio economico **una tantum** per il sostegno al ruolo di cura e assistenza - bonus Caregiver familiare (fondo anno 2021), svolto in favore di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ 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 accompagnatore, relativo all'anno **2021**.

#### DICHIARA

1. di essere Caregiver familiare, ai sensi dell'art. 1 comma 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 intestato/cointestato a mio nome

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

1. 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).

data \_\_\_\_\_

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