

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 GRAVISSIMI.

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

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

e residente a \_\_\_\_\_ 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 gravissimo,

ai sensi dell'art. 3 del D. M. 26 settembre 2016, per l'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 è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 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. 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).

data \_\_\_\_\_

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