

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

UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI

per il successivo inoltro 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

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

Ufficio dei Servizi Sociali

per il successivo inoltro 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 GRAVISSIMI**

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

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

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

Rec.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 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, indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_
2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_;
1. 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":

- 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).

Addi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

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

\_\_\_\_\_