DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.41

(ALLEGATO "A")

Al Distretto Socio Sanitario n. 41

Comune di _____

BONUS CAREGIVER

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. _____

rec. Tel. _____ E-mail _____

Codice Fiscale:

Consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dal D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni false, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, 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 2022** – svolto in favore del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ riconosciuto/a **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 dal _____.

DICHIARA

1. Di essere familiare *caregiver* ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017, con il seguente 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. Se trattasi di disabile deceduto, la seguente data del decesso: _____;
4. Che il codice IBAN per l'accreditamento del contributo è il seguente:

Coordinate Bancarie IBAN																									
I	T																								

Allega alla presente istanza:

- Copia del documento di riconoscimento del caregiver familiare;
- 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.
- Copia fotostatica delle coordinate bancarie IBAN.

AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018; tali dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Luogo e data

_____

_____

Firma del richiedente