DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.41

(ALLEGATO *"B"*)

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 GRAVISSIMI

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 gravissimo** ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

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 è stato valutato gravissimo, ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, il _____;

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;
- Copia del Patto di Cura relativamente all'annualità 2022 o dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 attestante il possesso della disabilità gravissima;
- 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