



**DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34**  
**Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini -Torretta**

**MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL BONUS CAREGIVER FAMILIARE**  
**DISABILI GRAVI**

All'Ufficio di Servizio Sociale  
del Comune di \_\_\_\_\_  
Distretto Socio Sanitario n.34

SEDE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, cell.n. \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_

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;
- 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;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_