



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 GRAVISSIMI

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 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 _____;
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;
- copia del Patto di Cura.

Luogo e Data _____

Firma
