



**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

\_\_\_\_\_