



**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 Servizi 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. \_\_\_\_\_  
consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 sulla responsabilità  
penale cui puo' 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 anno 2021 ), svolto in favore di  
\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, riconosciuto gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26  
settembre 2016, nel seguente anno ( barrare casella ):

- 2021

**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  
seguinte \_\_\_\_\_;

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento del Caregiver familiare;
- copia patto di cura.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_