



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
