

SCHEMA DOMANDA BONUS CAREGIVER

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEI CAREGIVER FAMILIARI DEI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA FONDO ANNO 2021

Al Comune di _____

Il/La sottoscritt _____

nat ____ a _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

tel. _____ e mail _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi degli artt. 47,75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza bonus **caregiver familiare** svolto nell'anno 2021

in favore del Sig./Sig.ra _____ nato/a il
_____ residente a _____ in Via _____ n. _____

affetto/a da disabilità:

GRAVE art. 3 comma 3 L. 104/92 o soggetti invalidi al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della legge n° 18/80

GRAVISSIMA valutata ai sensi dell'art.3 del D.M. del 26/09/2016;

DICHIARA

1. di essere caregiver familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della legge 205/2017, del sig./Sig.ra _____ indicare il grado di parentela _____ :

2. che la persona con “**Disabilità gravissima**” è stata valutata ai sensi dell’art. 3 del D.M. del 26/09/2016 e che il patto di Cura è stato sottoscritto in data _____ che si allega in copia;
3. che il codice IBAN per l’accredimento del contributo è il seguente _____;
4. che ha presentato già istanza per gli anni _____

A tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

- copia verbali legge 104/92 art.3 comma 3 con diagnosi;
- fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e della persona con disabilità;
- copia pdf del codice IBAN del conto su cui accreditare il contributo. **Il conto corrente deve essere intestato al caregiver richiedente il beneficio o cointestato con il disabile assistito**

Non è possibile accreditare il contributo su libretto postale

- Copia patto di cura per i soggetti **disabili gravissimi**.

Dichiara, inoltre, che le copie dei documenti allegati alla presente, sono conformi agli originali, di essere informato ai sensi e per gli effetti del regolamento (UE) 2016/679 del parlamento Europeo e del consiglio del 27 aprile 2016.

La Sig.ra/Il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

Luogo e data _____

IL CAREGIVER
