



OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020-2021)

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

BONUS CAREGIVER dei DISABILI GRAVISSIMI

Il/La Sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

CHIEDE

Il contributo economico una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di

_____, nato a _____ il _____ residente a _____

riconosciuto gravissimo ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____ (indicare l'anno);

a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

DICHIARA

1) Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA _____)

2) Che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi ai sensi dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del Caregiver
- Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:
- Copia del patto di cura riattualizzato
 - Dichiarazione conto corrente su cui accreditare il contributo .

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, 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

IL RICHIEDENTE
