

Modello di Domanda

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza dei caregivers familiari di soggetti affetti da disabilità gravissima – Bonus caregiver (Fondo anni 2018-2019-2020)

Distretto Socio Sanitario 31

Tramite il Comune di.....

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

BONUS CAREGIVER- DISABILI GRAVISSIMI

Il/la sottoscritt.....
nato/a a.....il.....
residente a..... Via..... n.....
Codice Fiscale.....tel.....
cell.....mail.....

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

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, per il sostegno al ruolo di cura ed assistenza in favore di
.....nato/a a.....

il.....residente a.....

() in vita

() deceduto

riconosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dal.....(indicare l'anno)

A TAL FINE DICHIARA

• di essere/essere stato caregiver ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 (indicare grado di parentela).....nei seguenti anni:

- Anno.....dal.....al.....

- Anno.....dal.....al.....

- Anno.....dal.....al.....

• che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. del 26/09/2016 dall'anno.....

Allega alla presente:

• fotocopia fronte retro del documento di identità e del codice fiscale del caregiver;

In busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

• Copia del Patto di Cura;

• Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, pena esclusione.

Luogo e data.....

IL RICHIEDENTE