

OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA - BONUS CAREGIVER
(Fondo anno 2022)

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 _____

CHIEDE

Il contributo economico, una tantum, a sostegno del ruolo di cura e assistenza destinato ai caregiver familiari svolto 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 dell' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal _____

3) In caso di decesso del disabile:

che il disabile gravissimo è deceduto in data_____

Allega alla presente, **in busta chiusa con la dicitura " Contiene dati sensibili" :**

- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto, o verbale di invalidità con accompagnamento, certificazione di cui all' art . 3 del D.M. 26 settembre 2016, i certificati da allegare dovranno essere quelli da cui si evince la patologia;
- Copia del Patto di Cura firmato e compilato;
- Copia del documento di riconoscimento del caregiver, pena esclusione;
- Dichiarazione inerente il conto corrente da utilizzare per l'accredito del contributo

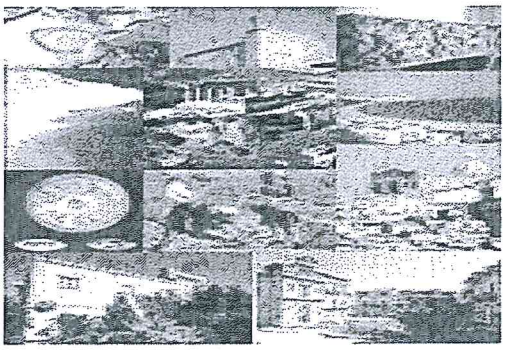
La Sig.ra/il Sig. _____autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

Data a Luogo

_____

IL RICHIEDENTE

_____



AUTOCERTIFICAZIONE DEL CONTO CORRENTE DEDICATO

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____

Residente a _____ Via _____ N.

_____ e-mail _____ C.F. _____

Tel. _____

Titolare del Conto Corrente intestato a _____

IBAN IT _____

(27 caratteri) intestato o cointestato al richiedente del beneficio

DATA E FIRMA