



**Distretto socio-
sanitario D6**

MODELLO DOMANDA

**OGGETTO: CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO AL
RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA – BONUS CAREGIVER**

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

BONUS CAREGIVER – 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 _____ ;

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;

A TAL FINE 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 _____

Allega alla presente:

✎ Fotocopia documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del Caregiver e del disabile assistito, pena l'esclusione;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" i seguenti documenti:

- † Copia del patto di cura riattualizzato;
- ✎ Copia del verbale di disabilità grave (art. 3 c. 3 L.104/92) e/o verbale di invalidità al 100% con assegno di accompagnamento, con diagnosi del soggetto a cui presta la propria attività di caregiver, da cui si desuma la necessità di aiuto permanente;
- ✎ Dichiarazione conto corrente dedicato 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
