

ALLEGATO "B"

Al Distretto Socio – Sanitario n.54

Comune di _____

BONUS CAREGIVER F.N.A. 2021

Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza
del *Caregiver Familiare* dei **Disabili Gravissimi**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
Tel. _____ C.F. _____

**consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale
cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:**

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio economico "*una tantum*" per il sostegno al ruolo di cura e assistenza – bonus
Caregiver familiare fondo anno 2021, svolto in favore di _____, nato a
_____, il _____, residente a _____;

ricosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;

DICHIARA

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell'art. 1 c. 255 della Legge 205/2017 nella qualità di seguito specificata _____;
2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 in data _____

Allega alla presente istanza:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del *Caregiver* familiare e del disabile;
- copia codice IBAN su cui accreditare il contributo;

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati Sensibili" il seguente documento:

- copia del patto di cura.

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali, in conformità a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/67); tali dati verranno usati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Addì _____

Firma del richiedente