



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4
 AMBITO TERRITORIALE CASTELTERMINI - SAN GIOVANNI GEMINI - CAMMARATA**

Modello di istanza

Oggetto: Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza Bonus CAREGIVER (Fondo anni 2018-2019-2020).

**Distretto Socio Sanitario 4
 Comune di _____
 Ufficio di Servizi Sociali**

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.....
 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 e/o 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).....del disabile sopracitato, negli anni
 2018 2019 2020;
- 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 riattualizzato;
- Copia Codice IBAN su cui accreditare il contributo (**ad esclusione del codice IBAN del libretto postale**).

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

Luogo e data

IL RICHIEDENTE

Ufficio di Piano Distrettuale

Via Jan Palach – Tel. 0922-912704 pec comunedicasteltermini@pec.it e-mail areadue@comune.casteltermini.ag.it