|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Risultato immagini per comune di borgetto |  | Risultato immagini per comune di san giuseppe jato | Risultato immagini per comune di trappeto |  | Risultato immagini per comune di montelepre |  |  |
| Comune di Borgetto | Comune di Camporeale | Comune di San Giuseppe Jato | Comune di Trappeto | Comune di Balestrate | Comune di Montelepre | Comune di San Cipirello | Comune di Giardinello |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Comune di Partinico |  |



Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ufficio dei Servizi Sociali

BONUS CAREGIVER

Contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare dei **DISABILI GRAVISSIMI**

Il/lasottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a Prov. il

e residente in via n.

Rec.Tel. e-mail

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 anni 2018 – 2019 – 2020), svolto in favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, riconosciuto gravissimo ai sensi dell’art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, nei seguenti anni (barrare casella):

□ 2018

□ 2019

□ 2020

**DICHIARA**

1. di essere *Caregiver* familiare ai sensi dell’art. 1 c. 255 della Legge 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. che il codice IBAN per l’accreditamento del contributo è il seguente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega alla presente istanza:

* copia del documento di riconoscimento del *Caregiver* familiare;
* 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