











All'Ufficio di Servizi Sociale

Distretto Socio Sanitario n. 34

del Comune di

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34 Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini -Torretta

MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL BONUS CAREGIVER FAMILIARE DISABILI GRAVI

SEDE Il sottoscritto ______nato a ______, in Via______ 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 Caregiver familiare (fondo anno 2021), svolto in favore di bonus ,nato/a_ residente a riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 o in possesso della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento dell'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, nel seguente anno (barrare casella): 2021 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 possiede la certificazione di cui all'art.3 comma 3 della Legge 104/1992, o in possesso della certificazione di invalidità al 100% con il riconoscimento dell'impossibilità di svolgere gli atti quotidiani senza l'aiuto permanente di un accompagnatore 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; - verbale della Commissione attestante la disabilita' grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, dalla quale emerga la non autosufficienza del soggetto o verbale di invalidità con accompagnamento. La documentazione da allegare dovrà essere quella da cui si evince la patologia. Luogo e data **FIRMA**