



Alessandria della Rocca



Bivona



Ciacciana



San Biagio Platani



Santo Stefano Quisquina

Distretto socio-sanitario



Comune Capofila
BIVONA

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

BONUS CAREGIVER

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

_____ Prov. _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

Rec. Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 _____ e residente

a _____ in via _____

riconosciuto disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 e ss.mm.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

Comune di Bivona, Piazza Ducale n. 8 – 92010 Bivona (AG)

Tel. 09221886261- pec: bivona.prot@pec.it e-mail: protocollo.bivona@gmail.com

DICHIARA

1. di essere caregiver ai sensi dell'art. 1, comma 255, della legge 205/2017 (indicare il grado di parentela) _____
2. che il disabile grave possiede la certificazione di cui alla legge 104/1992;
3. che il caregiver assicura attività di cura e assistenza alla persona assistita.

Allega alla presente:

- Copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver.

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

- Copia del verbale di disabilità grave (art. 3, c. 3 L.104/92);
- Dichiarazione sulle attività di cura e assistenza svolte dal caregiver a favore del disabile con riserva di presentare il Patto di Servizio ai fini della fruizione del beneficio relativamente all'anno 2021;
- Dichiarazione modalità di pagamento su cui accreditare il contributo (Allegato A).

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

