Modello di Domanda

**Distretto Socio Sanitario n. 7**

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

**Ufficio - Servizio Sociale**

**SEDE**

**OGGETTO:** **“BONUS CAREGIVER” - UNA TANTUM -AL FAMILIARE DEL SOGGETTO DISABILE - D.R.S. N. 1528 DEL 06/09/2022 - F.N.A. STATO - PER LE ANNUALITA’ 2018- 2019- 2020**

**BONUS CAREGIVER - DISABILI GRAVISSIMI**

Il/La Sottoscritt nat a il residente a in via \_

n. codice fiscale tel.

cell. \_ e-mail

**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 residente a riconosciuto gravissimo ai sensi dell’ art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_ (indicare l’anno);

a tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

**DICHIARA**

1. Di essere “caregiver familiare” ai sensi dell’art. 1, comma 255, della legge n. 205/2017 (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA
2. Che, il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi ai sensi dell’ art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 dal \_\_\_\_\_\_\_\_ ( indicare l’anno)

Allega alla presente:

* Fotocopia (fronte /retro) del documento di identità e del codice fiscale (del caregiver);

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

* Copia del patto di cura riattualizzato;
* Dichiarazione conto corrente (del caregiver)su cui accreditare il contributo.

Il/La sottoscritt autorizza al trattamento dei dati inclusi quelli di natura sanitari, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

IL RICHIEDENTE