

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 53
C/O SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE
DI _____

OGGETTO: Disabilità gravissima – D.R.S. n.1647 del 19 Giugno 2023. - Contributo Economico Una Tantum per il Sostegno al ruolo di Cura e di Assistenza Bonus Caregiver - **Fondo: Anno 2021**

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ nella Via _____

Telefono _____ C.F. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false ed incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

CHIEDE

il contributo Una tantum per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza in favore di

_____ nato a _____ il _____

residente a _____ nella Via _____

ricosciuto disabile gravissimo ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016
dal _____ (indicare l'anno)

A TAL FINE DICHIARA

1. Di essere caregiver ai sensi dell'art. 1 comma 255 della Legge 205/2017 art. 33 comma 3 della Legge 104/92 (indicare il grado di parentela) _____;

2. che il disabile gravissimo è stato valutato ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 Settembre 2016;

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del caregiver e del disabile;

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

- Copia del patto di cura riattualizzato;
- Eventuale dichiarazione inerente il Codice IBAN (**Conto corrente bancario o postale**) da utilizzare per l'erogazione del contributo.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa pubblicata su: <https://www.comune.mazaradelvallo.tp.it/privacy>

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO

Data e Luogo _____

IL RICHIEDENTE
