

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 GRAVI**

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 anno 2021), svolto in favore di \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, 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 disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.  
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;
- Certificato dell'IBAN della Banca o della Posta (qualora si tratti della Posta si accetterà solo  
ed esclusivamente la Postepay Evolution) del Caregiver familiare e non del disabile

**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. Per maggiori informazioni visitare il sito del Comune di Custonaci  
[www.comune.custonaci.trapani.it/it/privacy](http://www.comune.custonaci.trapani.it/it/privacy)

Addi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente