

Allegato A)

Oggetto: Richiesta bonus caregiver come sostegno al ruolo di cura e di assistenza ai familiari dei soggetti affetti da disabilità grave – per l' anno 2021.

**Distretto Socio Sanitario D15**  
**Comune di.....**  
**Ufficio di Servizio Sociale**  
**SEDE**

Il/la sottoscritt.....  
nato/a a.....il.....  
residente a.....Via..... n.....  
Codice Fiscale.....tel.....  
cell.....mail.....

### **CHIEDE**

il bonus di cui all'oggetto per aver svolto nell'anno 2021, l'attività di caregiver in favore di:  
.....nato/a a.....  
il.....residente a.....  
riconosciuto disabile grave.

### **A TAL FINE DICHIARA**

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

- di essere (indicare grado di parentela).....;
- di essere stato caregiver, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 205/2017 e/o art. 33, comma 3 della legge 104/92 , dal\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_;

Che il disabile grave:

- non era ricoverato in strutture socio assistenziali
- che era in vita per tutto l'anno 2021
- che è deceduto in data \_\_\_\_\_

Che il disabile grave possiede e/o era titolare di:

- certificazione di cui alla legge n. 104/92, art. 3, comma 3;
- certificazione di invalidità al 100%, ai sensi della legge n. 18/90 ed il riconoscimento della impossibilità di svolgere atti quotidiani senza aiuto permanente di un accompagnatore;

Allega alla presente:

fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del caregiver e del soggetto disabile grave;

fotocopia del CODICE IBAN intestato al caregiver;

In busta chiusa con la dicitura “Contiene dati sensibili” i seguenti documenti:

- Copia certificato di invalidità e/o certificazione della legge n. 104/92 **con la diagnosi**, da cui si evince la necessità di una assistenza continua e permanente;
- Copia Codice IBAN **intestato al caregiver** su cui accreditare il bonus spettante .

## **Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

Il/La sig.r \_\_\_\_\_

autorizza al trattamento dei dati, inclusi quelli di natura sanitaria, rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy.

**Luogo e data**....., .....

**IL RICHIEDENTE**