



Provincia Regionale di Enna

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.24

COMUNI DI PIAZZA ARMERINA – BARRAFRANCA – PIETRAPERZIA – AIDONE

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

CONTRIBUTO ECONOMICO “*BONUS CAREGIVER*” UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA IN FAVORE DEL CAREGIVER FAMILIARE DEI DISABILI GRAVI – D.R.S n. 2561 del 16/07/2026 F.N.A. Stato ANNUALITÀ 2022.

Il/La sottoscritto/a Nome e Cognome del Disabile Grave e/o (Tutore- Curatore- Amministratore di Sostegno ecc.) _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residenza via _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____

DICHIARA

Di **INDIVIDUARE** per il contributo del “Bonus Caregiver familiare” ai sensi dell’art. 1, comma 255, della legge 205/2017 per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico, il Sig./Sig.ra

Nome e cognome _____

grado parentela _____ Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Residenza via _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____

Che il disabile nel periodo di riferimento annualità 2022 non è stato ricoverato presso una struttura residenziale;

Che il caregiver assicura le seguenti attività di cura e assistenza alla persona assistita:

Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale del caregiver e del Disabile;

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

- Legge 104/92 art. 3 c.3 riconosciuta a partire dall'anno 2022;
- Copia Codice IBAN Caregiver su cui accreditare il contributo.

Firma (Disabile e/o Tutore- Curatore- Amministratore di Sostegno ecc.)

La presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall'art. 76 dei DPR445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1 del medesimo DPR.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sig./La sig.ra _____ 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.

Firma (Disabile e/o Tutore- Curatore- Amministratore di Sostegno ecc.)
