

Spett. Comune di

(Comune di residenza della persona
per cui si richiede l'assegno una
tantum)

**DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI SOSTEGNI IN FAVORE DEL RUOLO DI CURA E
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ (per cittadini nati all'Estero
indicare lo Stato) il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Cittadinanza _____

Telefono _____ Cellulare _____

email _____

identificato a mezzo _____ n. _____ rilasciata da _____ in
data _____

In qualità di

Diretto interessato

Familiare _____ (specificare grado di parentela)

Altro _____ (specificare)

DEL SIG./SIG.RA

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ (per cittadini nati all'Estero
indicare lo Stato) il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____
Codice fiscale _____
Cittadinanza _____
Telefono _____ Cellulare _____
email _____

secondo quanto previsto dall'Avviso Pubblico per l'attivazione di sostegni in favore del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare di persone con disabilità grave

CHIEDE

- per sé
- per la persona per la quale inoltra la domanda

l'accesso al contributo per l'attivazione di uno o entrambi i seguenti sostegni:

- rimborso spese relative al seguente intervento per favorire la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:
 - o intervento domiciliare fornito dal seguente servizio _____ dell'Ente Gestore _____;
 - o intervento residenziale extrafamiliare presso _____ (*indicare nome della struttura*) – tipologia struttura _____ (*es. RSA, CSS, RSD*);

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

e pertanto **DICHIARA**

- di aver preso visione e di accettare senza riserve le regole contenute nel bando;
- che il beneficiario è al domicilio con assistenza fornita dal solo caregiver familiare individuato nella persona del sig./ra _____;
- di essere in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità
- di non essere in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità

CHIEDE

- che il contributo, se riconosciuto, sia liquidato direttamente tramite Bonifico sul c/c bancario (NO LIBRETTO POSTALE):

- codice **IBAN**: _____
- Intestato a: _____
- Nato/a a _____ Prov. _____ (*per cittadini nati all'Estero indicare lo Stato*) il _____
- Residente a _____ in via _____ n° _____
- Codice fiscale _____
- Banca: _____
- Agenzia di: _____
- Co-intestato a: _____

Luogo e data

Firma dell'assistito/famigliare/tutore/curatore/amministratore di sostegno
