

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 dal bando 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 del rimborso spese relative al seguente intervento per favorire la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

intervento domiciliare fornito dal seguente servizio _____
dell'Ente Gestore _____;

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 essere in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- di non essere in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- 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 _____;
- che al beneficiario è stato riconosciuto _____ (*indicare la gravità così come accertato ai sensi dell'art. 3 – comma 3, della Legge 104/1992 o l'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/88*);

CHIEDE

-che il contributo, se riconosciuto, sia liquidato direttamente al beneficiario 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
