# ALLEGATO “C”

# All’Ufficio Servizi Sociali

**del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**del Distretto socio sanitario D40**

BONUS CAREGIVER

CONTRIBUTO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE SVOLTO NELL’ANNO 2021 IN FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVE/GRAVISSIMA.

Il/la sottoscritto/a

nat\_ a Prov. il

e residente in via n.

Rec. Tel. e-mail

PEC

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice Fiscale: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

In qualità di:

* caregiver del disabile grave nell’anno 2021;
* caregiver del disabile gravissimo nell’anno 2021;

**CHIEDE**

che il pagamento delle somme spettanti quale **“Bonus caregiver –contributo economico una tantum per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza di familiari disabili gravi o gravissimi”** sia effettuato nella seguente modalità:

* accredito su c/c bancario o postale **(attenzione no libretto/conto di risparmio)**
* carta prepagata (abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte di Pubbliche Amministrazioni)

# intestato a

(il conto corrente o la carta prepagata deve essere intestato o cointestato al richiedente il beneficio)

# IBAN:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAESE** | **CHECK** | **CIN** | **ABI** | **CAB** | **N. CONTO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**- SI IMPEGNA** a comunicare tempestivamente all’ufficio preposto qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

**- DICHIARA** di essere stato informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e dell’art. 28 della legge 20 novembre 2017 n.167, circa il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione, necessari per la erogazione del contributo in questione.

**IL DICHIARANTE**