

Al Responsabile dell'Ufficio Piano
del Distretto SS 52 Marsala-Petrosino
c/o Settore Servizi alla Persona
Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Marsala

BONUS CAREGIVER

**BENEFICIO ECONOMICO UNA TANTUM PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA
E DI ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE SVOLTO NEGLI ANNI 2018 E/O
2019 E/O 2020 IN FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVE O
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/gli anni _____

caregiver del disabile gravissimo _____ nell'anno/gli anni _____

CHIEDE

che il pagamento delle somme spettanti il **"Bonus caregiver – Beneficio 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 (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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Data _____

IL DICHIARANTE