

**Al Responsabile del Settore  
Politiche Sociali  
del Comune di  
09042 MONSERRATO**

**OGGETTO: Trasmissione documentazione attivazione servizio L. 162/98.**

**Beneficiario del piano** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

preferibilmente cellulare

**Nella sua qualità di:**

Beneficiario

Familiare \_\_\_\_\_ (specificare il rapporto di parentela)

Tutore

Amministratore di sostegno

Curatore

**TRASMETTE**

La seguente documentazione :

contratto di lavoro domestico e relativa denuncia rapporto di lavoro domestico INPS;

convenzione stipulata con cooperativa per assistenza alla persona;

convenzione stipulata con cooperativa per assistenza educativa;

convenzione con figure specializzate (es. educatori);

ricevuta di iscrizione associazione sportiva e/o centro di socializzazione/aggregazione.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Rimborso legge 162/98 mese di \_\_\_\_\_**

**Beneficiario del piano \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

preferibilmente cellulare

**Nella sua qualità di:**

Beneficiario

Familiare \_\_\_\_\_ (specificare il rapporto di parentela)

Tutore

Amministratore di sostegno

Curatore

**CHIEDE**

Il rimborso delle seguenti spese:

assistenza prestata dall'operatore \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

assistenza prestata dall'operatore \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

assistenza prestata dall'operatore \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

assistenza prestata dall'educatore \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

assistenza prestata dalla Ditta \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

attività \_\_\_\_\_ fornita dalla ditta/associazione \_\_\_\_\_

Contributi INPS per il \_\_\_\_\_ Trimestre per € \_\_\_\_\_

Allega a tale scopo:

n° \_\_\_\_\_ buste paga  n° \_\_\_\_\_ fatture  n° \_\_\_\_\_ ricevute attività \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ ricevute pagamento contributi + MAV elettronico

Monserrato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Al Responsabile del Settore  
Politiche Sociali  
del Comune di  
09042 MONSERRATO**

**OGGETTO: Trasmissione documentazione integrativa.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**IN RIFERIMENTO ALLA PRATICA DI:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Legge 162/98                     | <input type="checkbox"/> Ritornare a Casa           | <input type="checkbox"/> Assegno di cura/fondo non autosufficienza                    |
| <input type="checkbox"/> Legge 20/97 (sofferenti mentali) | <input type="checkbox"/> Legge 11/85 (nefropatici)  | <input type="checkbox"/> Legge 27/83 (talassemici, emofilici, emolinfopatici maligni) |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare           | <input type="checkbox"/> Legge 9/2004 (Neoplasie)   | <input type="checkbox"/> Disabilità gravissime  |
| <input type="checkbox"/> Bonus Famiglia                   | <input type="checkbox"/> Iscrizione Asilo Nido      | <input type="checkbox"/> Assegno per il nucleo familiare                              |
| <input type="checkbox"/> Assegno di maternità             | <input type="checkbox"/> Bonus energia              | <input type="checkbox"/> Contributo economico   |
| <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 1        | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 2  | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 3                                    |
| <input type="checkbox"/> Contributi affitto L. 431/98     | <input type="checkbox"/> Contributi spese funerarie |   |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                      |   |   |

**A NOME DI** \_\_\_\_\_

**NATO A** \_\_\_\_\_ **IL** \_\_\_\_\_

**TRASMETTE**

La seguente documentazione integrativa:

- 1) \_\_\_\_\_ ;
- 2) \_\_\_\_\_ ;
- 3) \_\_\_\_\_ ;
- 4) \_\_\_\_\_ ;
- 5) \_\_\_\_\_ ;

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

### ATTO DI DELEGA

**Beneficiario del servizio** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

preferibilmente cellulare

#### Nella sua qualità di:

Beneficiario      Amministratore di sostegno      Curatore

Familiare \_\_\_\_\_ (specificare il rapporto di parentela)

Tutore (nel caso di genitore di minore o tutore di inabile)

#### Dei seguenti servizi:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Legge 162/98                     | <input type="checkbox"/> Ritornare a Casa             | <input type="checkbox"/> Assegno di cura/fondo non autosufficienza                    |
| <input type="checkbox"/> Legge 20/97 (sofferenti mentali) | <input type="checkbox"/> Legge 11/85 (nefropatici)    | <input type="checkbox"/> Legge 27/83 (talassemici, emofilici, emolinfopatici maligni) |
| <input type="checkbox"/> Legge 9/2004 (Neoplasie)         | <input type="checkbox"/> Disabilità gravissime        | <input type="checkbox"/> Bonus Famiglia   |
| <input type="checkbox"/> Contributo economico             | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 1    | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 2                                    |
| <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 3        | <input type="checkbox"/> Contributi affitto L. 431/98 | <input type="checkbox"/> Contributi spese funerarie                                   |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                      |   |   |

### DELEGA

Il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

A riscuotere, per proprio conto, le provvidenze spettanti per le suddette pratiche.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Allegati: copia del documento di identità del delegante in corso di validità.**

Allegato D

**Comunicazione modalità di pagamento.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

in qualità di delegato a riscuotere, per conto del Sig. \_\_\_\_\_, le provvidenze spettanti per le pratiche delle quali lo stesso risulta beneficiario.

CHIEDE

Che i pagamenti, oggetto della delega, dovuti al Sig. \_\_\_\_\_ dal Comune di Monserrato siano effettuati con le seguenti modalità:

- con rimessa diretta al sottoscritto
- mediante accredito sul conto corrente IBAN \_\_\_\_\_  
Intestato a: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Comunicazione modalità di pagamento.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del beneficiario \_\_\_\_\_  
delle seguenti pratiche:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Legge 162/98                     | <input type="checkbox"/> Ritornare a Casa             | <input type="checkbox"/> Assegno di cura/fondo non autosufficienza                    |
| <input type="checkbox"/> Legge 20/97 (sofferenti mentali) | <input type="checkbox"/> Legge 11/85 (nefropatici)    | <input type="checkbox"/> Legge 27/83 (talassemici, emofilici, emolinfopatici maligni) |
| <input type="checkbox"/> Legge 9/2004 (Neoplasie)         | <input type="checkbox"/> Disabilità gravissime        | <input type="checkbox"/> Bonus Famiglia   |
| <input type="checkbox"/> Contributo economico             | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 1    | <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 2                                    |
| <input type="checkbox"/> Povertà estreme – linea 3        | <input type="checkbox"/> Contributi affitto L. 431/98 | <input type="checkbox"/> Contributi spese funerarie                                   |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                      |   |   |

**CHIEDE**

Che il pagamento di ogni e qualsiasi emolumento dovutogli dal Comune di Monserrato sia effettuato con le seguenti modalità:

- con rimessa diretta al sottoscritto
- mediante accredito sul proprio conto corrente IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

( Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

da presentare alla Pubblica Amministrazione o ai gestori di Pubblici Servizi

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Il/La Sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ Il  
 \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ ( ) Via  
 \_\_\_\_\_

In qualità di beneficiario del piano personalizzato ai sensi della Legge 162/98 ovvero  
 \_\_\_\_\_(familiare/amministratore di sostegno/tutore, genitore) del beneficiario  
 \_\_\_\_\_

**Dichiaro sotto la mia personale responsabilità che la persona assunta per la realizzazione del piano personalizzato di cui sopra non é un familiare convivente del beneficiario né un familiare tenuto agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile, così come disposto dalla Deliberazione RAS n° 57/49 del 21/11/2018.**

\_\_\_\_\_  
 (Luogo e data)

IL DICHIARANTE  
 \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione deve essere:

- sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

**oppure:**

- sottoscritta e inviata unitamente a fotocopia, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.