

**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.