

Allegato C.

Al Responsabile del Settore
Politiche Sociali
del Comune di
09042 MONSERRATO

OGGETTO: Trasmissione documentazione integrativa.

Il sottoscritto _____ nato a _____
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
