

MODULO E

Assistenza domiciliare Fondo Non Autosufficienza



Il sottoscritto/a

CF..... nato/a

il..... residente a..... Via

.....n.....

email: tel:

domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla residenza)

Vian.....

SI IMPEGNA a versare l'importo previsto quale compartecipazione al costo del servizio di assistenza domiciliare a valere sul Fondo Non Autosufficienza per

sé stesso

Oppure per:

..... nato/a a (.....)

il....., C.F. residente nel Comune di

.....

in qualità di

Soggetto legittimato (specificare.....)

Tutore o amministratore di sostegno

Responsabile del caso è l'Assistente Sociale

AFFERMA di essere informato che la compartecipazione alla copertura del costo del servizio di assistenza domiciliare viene determinato sulla base dell'ISEE in corso di validità.

SI IMPEGNA a corrispondere la somma a proprio carico alla cooperativa sociale che eroga il servizio entro 10 giorni dal ricevimento del bollettino di c/c postale che sarà inviato. In seguito all'avvenuto pagamento sarà emessa regolare fattura. Qualora si verifichi la sospensione del servizio, l'importo sarà fatturato in proporzione alle ore di servizio effettivamente svolte.

L'importo totale è determinato sulla base delle tariffe orarie comprensive di I.V.A., sotto riportate:

Table with 2 columns: Livello (B1, C1) and Tariffa (€ orarie). Includes descriptions for Livello B1 (Assistente familiare) and Livello C1 (OSS).

DICHIARA di accettare tacitamente successive modifiche agli importi dei costi di compartecipazione del servizio ricevuto che potranno essere eventualmente adeguati annualmente a fronte della revisione della certificazione ISEE da presentare entro il 30 Aprile di ogni anno, salvo rinuncia alla presentazione.

Le ore di assistenza erogate sono definite sulla base del P.A.P (Piano Assistenziale Personalizzato).

DICHIARA inoltre di essere consapevole che il mancato pagamento anche di un solo bollettino comporterà la sospensione dell'intervento.

Luogo e data il Richiedente

Il familiare/Amministratore

Io sottoscritto/a dichiaro che il Sig./Sig.ra ha apposto la propria firma in mia presenza, previo accertamento dell'identità del/della medesimo/a risultante da

Data

Timbro e firma

