



Ambito Territoriale Valle Brembana

Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari

Algua, Averara, Blello, Bracca, Branzi, Brembilla, Camerata Cornello, Carona, Cassiglio, Cornalba, Costa Serina, Cusio, Dossena, Foppolo, Gerosa, Isola di Fondra, Lenna, Mezzoldo, Moio de' Calvi, Olmo al Brembo, Oltre il Colle, Ornica, Piazza Brembana, Piazzatorre, Piazzolo, Roncobello, San Giovanni Bianco, San Pellegrino Terme, Santa Brigida, Sadrina, Serina, Taleggio, Ubiale Clanezzo, Valleve, Valnegrà, Valtorta, Veduggio, Zogno



MODULO DI DOMANDA PER VOUCHER SOLLIEVO ANZIANI/DISABILI ANNO 2010

Al Servizio sociale della sede di.....

Beneficiario

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____
Nome _____
Nato/a _____ Prov. di _____
Il _____ Codice fiscale _____
Residente in via/piazza _____ N.° _____
Comune di _____ Cap. _____
Domiciliato/a (da compilare solo se diverso dalla residenza) c/o _____
In via/piazza _____ N.° _____
Comune _____ Cap _____
Tel. _____

Richiedente (se diverso dal beneficiario)

Familiare convivente	Familiare	Altra persona di riferimento
Cognome _____	_____	_____
Nome _____	_____	_____
Codice fiscale _____	_____	_____
Residente in via/piazza _____	_____	N.° _____
Comune di _____	_____	Cap. _____
Tel. _____	_____	_____

per il seguente intervento (barrare l'opzione interessata):

- intervento con ASA/OSS, = n. ore richieste _____
- intervento con educatore = n. ore richieste _____

Dichiara che l'intervento verrà erogato dal seguente soggetto:

Cooperativa _____ sede _____

Dichiara inoltre che:

- la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario come indicato nell'allegata certificazione ISEE:
 - È inferiore ai € 15.000,00;
 - Compreso tra i € 15.000,00 ed € 20.000,00 si impegna a pagare il 50% del costo complessivo del progetto;
 - Superiore ai € 20.000,00 si impegna a pagare il 100% del costo del progetto

• il beneficiario del voucher ha:

- 65 anni compiuti ed un'invalidità civile superiore all'80% (come da copia verbale commissione allegato);
- 65 anni compiuti e possesso ricevuta richiesta di invalidità (come da ricevuta ASL);
- meno di 65 anni ed un'invalidità civile del 100% con accompagnamento;

Costi intervento:

Costo complessivo progetto: € _____,

Costo voucher: € _____

Costo a carico dell'utente: € _____

In caso di costi a carico dell'utente, la fattura verrà intestata al:

- dichiarante
- beneficiario

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità degli atti e uso degli atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità;

Luogo e data

Firma

Si allega la seguente documentazione:

- Certificazione ISEE
- Copia verbale invalidità/ricevuta Asl
- PAI
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente del voucher
- Modulo privacy firmato