



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, Sedrina, Serina, Taleggio, Ubiale Clanezzo, Valleve, Valnegrà, Valtorta, Vedeseta, Zogno



MODULO DI DOMANDA VOUCHER SOCIALE PER DIVERSAMENTE ABILI Anno 2010

Al Servizio sociale della sede di.....

Beneficiario

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____ Residente in via _____

N.° _____ Comune di _____ cap. _____ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza) c/o _____

In via _____ 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. _____

CHIEDE che venga erogato un voucher sociale a favore del/della sig/sig.ra (indicare il beneficiario) _____ per il seguente intervento (barrare l'opzione interessata):

- Interventi educativi finalizzati all'autonomia e alla socializzazione per soggetti disabili, per n.ore/settimana _____ per n.settimane _____ tot.costo _____
- Interventi assistenziali finalizzati all'autonomia e alla socializzazione per soggetti disabili per n.ore/settimana _____ per n.settimane _____ tot.costo _____

CRE per n.ore/settimana_____per n.settimane _____tot.costo_____

DICHIARA che l'intervento verrà erogato dal seguente soggetto gestore:

Cooperativa _____sede_____

DICHIARA inoltre che:

- ✓ la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario come indicato nell'allegata certificazione ISEE è **(non barrare nel caso di richiesta intervento CRE):**
- inferiore ai 10.000 €
 - compreso tra € 10.000 ed € 20.000 (il voucher verrà erogato a copertura del 70%)
 - compreso tra € 20.000 ed € 30.000 (il voucher verrà erogato a copertura del 50%)
 - superiore ai € 30.000 (il servizio è attivabile con i costi a carico della famiglia)

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 allegano alla presente:

- Attestazione ISEE;
- Certificazione di invalidità ASL (se presente);
- Progetto Individualizzato
- Modulo privacy firmato

.....
.....
.....
.....

EVENTUALI PARTNER COINVOLTI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

COSTI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SERVIZIO SOCIALE

COOPERATIVA SOCIALE

.....

.....

DESTINATARIO E/O REFERENTE

.....