# stemma barumini**COMUNE DI BARUMINI**

# Provincia del Sud Sardegna

--------------------------------------------------------------------------------------------------

**Viale San Francesco 3 – c.a.p. 09021 – Barumini – tel. 070/9368024 – fax 070/9368033 – Email** **s.socialebarumini@tiscali.it**

**RICHIESTA CONTRIBUTO IN FAVORE DI ANZIANI/DISABILI IN SITUAZIONE DI PARZIALE/TOTALE NON AUTOSUFFICIENZA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE. ANNO 2021.**

**COMUNE DI BARUMINI**

**Resp. Servizio Sociale**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:**

□ Destinatario del piano □ Genitore □ Figlio/Figlia

□ Tutore □ Amministratore di sostegno

□ Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

IL RIMBORSO DELLE SPESE SOTENUTE PER L’ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a Barumini \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine , il sottoscritto ai sensi dell’articolo 46 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445:

**DICHIARA**

1. **Che** il nucleo familiare della persona per la quale si richiede l’intervento è così costituito :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Rappo****r****to parentela* | Cognome e nome | Data di nascita | Ore giornaliere dedicate all’assistenza  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **CHE** il nucleo **NON E’ BENEFICIARIO** di interventi assistenziali erogati da INPS/Comuni/ASL o da altri enti pubblici o privati ( progetti l.162/98, ritornare a casa, progetto homecare, etc )
2. **CHE il reddito ISEE Del richiedente è il seguente :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
3. **Servizi fruiti settimanalmente dal destinatario del piano ( Servizi infermieristici, ricoveri, fisioterapia etc)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servizio fruito** | **Soggetto erogatore** | **n. ore SETTIMANALI****settimanali** | **n. settimane ANNUALI****annuali** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Che il beneficiario è assistito da un parente che beneficia dei permessi garantiti dalla L.162/98

SE SI indicare:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° Ore settimanali di permessi fruiti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

N° settimane annuali di permessi fruiti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. **Modalità di erogazione del beneficio :**
* Accredito CONTO BENEFICIARIO

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* RIMESSA DIRETTA ( PRESSO SPORTELLO BANCO DI SARDEGNA)
* DELEGA PER LA RISCOSSIONE

**DOCUMENTI DA ALLEGARE**

**□ Fotocopia di un documento di identità** del richiedente;

**□ Fotocopia della certificazione di handicap grave**, ai sensi della Legge 104/92 o di altra certificazione attestante situazione sanitaria;

**□ Scheda Salute** - Allegato 3 - allegata al presente modulo**,** che dovrà essere compilata e firmata dal Medico di Medicina Generale.

**□ Attestazione ISEE – in corso di validità;**

**□ Fotocopia** della documentazione attestante l’eventuale nomina di tutore o di amministratore di sostegno;

**□** Certificazione attestante la presenza nel nucleo familiare del richiedente di altri familiari affetti da gravi patologie, (invalidità, certificazione L.104/92 art. 3. Comma 1 ecc, o altra certificazione);

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, in conformità di quanto sancito dall’art. 13 del D. Lgs 30 Giugno 2007 N. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali”*, autorizza il trattamento dei dati personali da parte del Settore Servizi Sociali del Comune di Barumini esclusivamente nell’ambito del procedimento connesso alla pratica della Legge 162/98.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_