

Amministrazione destinataria


 offertasociale

Ufficio destinatario

Richiesta di rimborso per interventi a sostegno del caregiver

Solo per coloro che hanno presentato domanda all'Avviso FNA misura B2 annualità 2023 e coloro che sono in carico ad altri servizi territoriali

anno 2023

Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

Soggetto interessato

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):
 amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di voler attivare uno o più dei seguenti interventi

- rimborso spese: intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare.
 Si tratta di interventi complementare a quelli già attivi (extra piano di intervento)

Presentazioni non usate per

- rimborso spese: intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona /enti qualificati.

Costo interventi

- voucher per interventi di formazione/addestramento per percorsi di sostegno e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere a conoscenza che non sono ammesse spese relative a compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi (es. SAD Comunale) e interventi di natura sociosanitaria e interventi educativi
- che l'assistito è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di essere beneficiario di indennità di accompagnamento
- che il conto corrente su cui verrà accreditato il rimborso è il seguente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è

Cognome

Nome

Codice Fiscale

- che l'assistito frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno
- che l'assistito è beneficiario della misura B2
- che l'assistito è in lista d'attesa alla misura B2
- che la persona beneficia di assistenza fornita del solo caregiver familiare senza il supporto di un assistente personale regolarmente assunto

caregiver familiare

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Grado di parentela

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Luogo

Data

Il dichiarante

Presented for non-users are per

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento d'identità del beneficiario invalido
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o copia certificato di handicap con connotazione di gravità
- copia del decreto o ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno
- spese la documentazione fiscale (fattura/ricevuta) attestante la spesa sostenuta
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.