

MODULO E

Assistenza domiciliare Fondo Non Autosufficienza

Coop.sociale: _____

Via _____ - Tel. _____



Il sottoscritto/a
 nato/a il..... residente
 a Vian.....
 domiciliato/a a (indicare solo se diverso dalla residenza)
 Vian.....

Dati del soggetto che si impegna a versare, per conto del beneficiario, tramite bollettino postale, l'importo previsto quale compartecipazione al costo del servizio:

Il sottoscritto/a..... in qualità di
 nato a
 il Cod. Fisc. residente a
 vian.....

DICHIARA di aver fatto richiesta alla Società della Salute Pistoiese di Assistenza domiciliare afferente al Fondo della non autosufficienza.

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 con sede in entro il giorno 10 del mese successivo a quello di inizio del servizio, tramite il bollettino di c/c postale che riceverà presso la propria abitazione. 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 tariffe orarie comprensive di I.V.A., sotto riportate:

_____ liv. feriale	€ _____orarie	_____ liv. festivo	€ _____orarie
_____ liv. feriale	€ _____orarie	_____ liv. festivo	€ _____orarie

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 _____

MODULO E

Assistenza domiciliare Fondo Non Autosufficienza

Coop.sociale: _____

Via _____ - Tel. _____



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
