SERVIZI SOCIOSANITARI VAL SERIANA s. r. l.
Viale Stazione, 26/a 24021 ALBINO (BG)
Tel. 035 75.97.07 - Fax 035 75.96.36 e-mail: direzione@ssvalseriana.org
C.F. e P.IVA 03228150169 - REA BG 360161

COMUNE DI _____

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL VOUCHER SAD
(Servizio di Assistenza Domiciliare)

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

Codice Fisc. _____

telefono _____ eventuale indirizzo e-mail _____

□ in qualità di diretto interessato

OVVERO

A) Nel caso la persona sia in stato di impedimento permanente, in qualità di:

□ TUTORE □ CURATORE □ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

B)Nell'interesse esclusivo del paziente, in qualità di:

□ **CONIUGE** o, in sua assenza, □ **FIGLIO** o, in mancanza di questo, □ **ALTRO PARENTE** (indicare la relazione di parentela)_____

Del BENEFICIARIO:

Cognome _____ Nome_____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

Codice Fisc. _____

telefono _____MAP (Medico di Assistenza Primaria)_____

CHIEDE

A. Di accedere al Servizio SAD tramite l'Ente Accreditato_____

Si specifica che il Servizio Sociale Comunale di riferimento, a seguito della valutazione di idoneità della domanda e dei bisogni rilevati, determinerà nel profilo individualizzato (PI) la tipologia e le modalità di intervento che verrà erogato dall'Unità d'Offerta prescelta; quest'ultima, sulla base delle

SERVIZI SOCIOSANITARI VAL SERIANA s. r. l.
Viale Stazione, 26/a 24021 ALBINO (BG)
Tel. 035 75.97.07 - Fax 035 75.96.36 e-mail: direzione@ssvalseriana.org
C.F. e P.IVA 03228150169 - REA BG 360161

prestazioni effettivamente erogate, rendiconta e fattura al beneficiario, come da contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici sottoscritto tra la Società Servizi Sociosanitari Valseriana e l'Ente Accreditato.

A TAL FINE

1. dichiara di essere a conoscenza che la Società potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;

2. indica i dati anagrafici e i recapiti di una persona di riferimento (se diverso dal richiedente)
   Cognome _____ Nome _____
   Nato/a a _____ il _____ residente a _____
   in Via _____ CAP _____ Provincia _____
   codice fiscale _____
   recapito telefonico _____ cell _____
   eventuale indirizzo e-mail _____
   □ grado di parentela _____ □ convivente □ non convivente

ALLEGA:

- ❑ Documentazione attestante la patologia
- ❑ copia del verbale di invalidità civile
- ❑ copia del Documento di Identità della persona interessata e del richiedente, qualora fosse persona distinta
- ❑ copia del provvedimento di nomina del Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno
- ❑ PI Servizio Sociale
- ❑ ISEE sociosanitario in corso di validità per avvalersi delle tariffe agevolate (da consegnare entro 2 mesi)

AVVERTENZE: La Società si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.

Firma del richiedente

Data _____ _____