

BENEFICIARIO\A_____

OGGETTO: L. 162\98 - RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUNE MESE\I_____

| | | |
|--|---|--|
| Dati del richiedente | Nome e Cognome: _____ In qualità di: <i>(barrare)</i> o Destinatario; o Familiare; o Delegato; o Tutore/Amm. | |
| Dati del beneficiario <i>(Se diverso dal richiedente)</i> | Nome e Cognome: _____ Codice Fiscale: _____ | |
| Contatti: | Tel. _____ E-mail o pec _____ | |
| Tipologia intervento | <p>o Assistenza Domiciliare:</p> <p>o Intervento Educativo:</p> <p>o Attività sportiva e/o di socializzazione:</p> <p>o Bollettini INPS Trim. n. _____:</p> <p>O Ins.mento strutture aut. (L.R.23/2005 art.40) o RSA (solo quota sociale) Max 30 gg;</p> <p>O Ins.mento centri diurni aut. (L.R. n. 23/2005 art. 40)/Centri diurni integrati (D.P.R. 14.1.1997 e successive modif. (solo quota sociale).</p> | <p>€. _____</p> <p>€. _____</p> <p>€ _____</p> <p>€. _____</p> <p>€. _____</p> <p>€. _____</p> |
| Dati bancari\postali per il rimborso | Codice IBAN: _____ Titolare Conto: _____ | |
| Allegati da presentare obbligatoriamente <i>N.B. In mancanza degli allegati il rimborso non sarà effettuato.</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Contratto/i stipulati per la gestione del Piano Personalizzato 2) Buste Paga o Fatture QUIETANZATE (attestanti il pagamento effettuato) 3) Eventuali copie di avvenuto bonifico 4) Ricevute per attività sportiva\socializzante 5) GIORNALIERE mese\i, attestanti le ore svolte (obbligatorie anche nel caso il servizio sia svolto da professionisti e\o società cooperative sociali e Associazioni sportive) 6) Bollettino INPS trimestri (1\2\3\4) n. _____ | |

Data; _____

FIRMA _____