# COMUNE DI TUILI

***Provincia del Sud Sardegna***

C.F. 82001310927 P. IVA 00518590922

Via Matteotti n. 4 Cap. 09029 Tel 070/9364481 – Fax 070/9364320

**www.comune.tuili.vs.it** **E-MAIL protocollo.tuili@pec.comunas.it**


AL SINDACO
AL SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI TUILI

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE – ANNO 2024**

***Il modulo va compilato e letto attentamente in ogni sua parte.***

Il/la sottoscritto/a_____nato/a a _____

_____(Prov._____) il_____/_____/_____, residente

a_____in

via/vico/piazza/loc._____n._____,

CF_____, tel_____

**CHIEDE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI:**

_____nato/a a _____

_____(Prov._____) il_____/_____/_____, residente a Tuili in

via/vico/piazza/loc._____n._____,

CF_____, tel_____

A tal fine dichiara, sotto personale responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000:

Che il reddito ISEE del beneficiario è il seguente_____

☐ Che il nucleo famigliare del beneficiario non percepisce attualmente contributi economici da parte del Comune di Tuili (obbligatorio);

☐ Che attualmente il beneficiario non usufruisce di contributi per finalità analoghe e/o di servizi analoghi;

# COMUNE DI TUILI

***Provincia del Sud Sardegna***

C.F. 82001310927 P. IVA 00518590922

Via Matteotti n. 4 Cap. 09029 Tel 070/9364481 – Fax 070/9364320

**www.comune.tuili.vs.it** **E-MAIL protocollo.tuili@pec.comunas.it**


Servizi fruiti dal beneficiario (es. servizi infermieristici, ricoveri, fisioterapia, servizi scolastici per i minori etc…)

| Tipo servizio | Soggetto erogatore (es. ASL) | Ore settimanali | Settimane all'anno |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Il beneficiario è assistito da un parente che beneficia dei permessi garantiti dalla Legge 104/92?

Se sì, indicare:

| Nome e Cognome di chi presta l'assistenza utilizzando le ore di permesso della L. 104/92 | Ore settimanali di permesso | Settimane annuali |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Dichiara che il rimborso delle spese avverrà per tramite di:

( ) erogazione in favore di _____, nato/a a _____ il ___/___/_____, residente a Tuili in _____n._____, CF: _____;

( ) trasferimento su conto corrente codice IBAN _____

_____;

# COMUNE DI TUILI

***Provincia del Sud Sardegna***

C.F. 82001310927 P. IVA 00518590922

Via Matteotti n. 4 Cap. 09029 Tel 070/9364481 – Fax 070/9364320

**www.comune.tuili.vs.it** **E-MAIL protocollo.tuili@pec.comunas.it**


*In caso di erogazione in favore di persona diversa dal beneficiario, quest'ultimo, o suo tutore/amministratore di sostegno o, in assenza, parente prossimo, dovrà delegare il riscossore.*

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia documento di identità in corso di validità e codice fiscale del dichiarante e del beneficiario
- Certificato ISEE 2024 in corso di validità;
- Fotocopia certificati medici (almeno uno tra certificato del medico di famiglia, certificato di invalidità civile, certificato di persona disabile);
- Copia della scheda salute compilata e timbrata dal medico curante.

Il sottoscritto è infine consapevole del fatto che l'Amministrazione provvederà con ogni mezzo a sua disposizione, secondo i limiti di legge, alla verifica delle dichiarazioni rilasciate con la compilazione del presente modulo e di quelle che saranno rilasciate durante la fase di istruttoria della pratica inerente, ai sensi del **Protocollo d'Intesa stipulato con la Tenenza della Guardia di Finanza di Sanluri.**

Il sottoscritto è a conoscenza che i dati personali e sensibili qui forniti sono trattati esclusivamente ai fini dell'istruttoria della presente domanda, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e del D.Lgs.vo 196/2003 consultabile sul sito www.comunetuili.it

_____, _____/_____/_____
(luogo e data)

_____
(firma)