UNIONE DEI COMUNI DEL SARRABUS
UFFICIO DI PIANO
AMBITO SARRABUS GERREI

HomeCarePremium

MODELLO A – FAC SIMILE VOUCHER/BUONO ACQUISTO

BENEFICIARIO:
PRESTAZIONE INTEGRATIVA RICHIESTA:
PERIODO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO:
SPESA MENSILE:
SPESA TOTALE PER L'INTERA DURATA DEL PROGETTO:

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ in via/loc._____

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ tel/cell_____

DICHIARA

- ai sensi del DPR 445/2000 di essere

☐ **Beneficiario del voucher Home Care Premium 2014**

☐ **Responsabile/dante causa del Piano "Home Care premium 2014"**

- di aver scelto come erogatore delle prestazioni integrative il seguente soggetto:

_____, iscritto al registro del "*volontariato sociale e del terzo settore" dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei*, per le seguenti prestazioni:

☐**Servizi professionali domiciliari**

☐**Servizi e strutture a carattere extra domiciliare**

☐**Sollievo**

☐**Trasferimento assistito**

☐**Pasto**

☐**Supporti**

per l'importo totale di euro (€):_____ /in lettere _____

Di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Soggetto erogatore (cooperative sociali associazioni di volontariato e altri organismi) _____ _____ con sede legale (Comune) _____ _____ P. IVA _____ Rappresentante legale _____ e-mail/Pec _____

Tel. _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 di essere iscritto al registro del Volontariato sociale e del terzo settore *dell'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei* e di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative previste dal Piano Assistenziale Home Care Premium 2014 (_____ _____,

per l'importo totale di euro (€) _____)

N.B: il suddetto modulo va redatto in duplice copia di cui una trattenuta dal soggetto beneficiario e l'altra dal soggetto erogatore il quale avrà cura di inviarla all'Ufficio di Piano, prima dell'erogazione del servizio, in caso contrario non si provvederà alla liquidazione. Nel caso in cui il beneficiario usufruisca di diverse prestazioni e intenda affidarle a diversi soggetti erogatori, dovranno essere compilati tanti modelli quanti sono i diversi soggetti erogatori.

Firma del Beneficiario/Responsabile
Progetto Home Care Premium 2014

_____

Firma/timbro del soggetto erogatore

_____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'IN CORSO DI VALIDITA' DEI FIRMATARI