



COMUNE DI SAN FIOR

PROVINCIA DI TREVISO

C.A.P. 31020 - Piazza Marconi n. 2 C.F. 82002790267

e-mail: assistenza@comune.san-fior.tv.it

TEL 0438/76556 FAX. 0438/260308

UNITA' ASSISTENZA - CULTURA - SPORT

BANDO DI CONCORSO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE RELATIVE AGLI INTERVENTI DI SOLLIEVO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CHE ASSISTONO IN CASA PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2009

(- DGRV n. 2584 del 4 agosto 2009 -)

Buono Ricovero di Sollievo: è un contributo alla spesa sostenuta dalle famiglie per l'accoglienza residenziale temporanea di sollievo di propri familiari non autosufficienti presso i diversi Centri Servizi convenzionati (case di riposo) con l'Azienda ULSS n. 7.

Buono Centro Diurno: è un contributo alla spesa sostenuta dalle famiglie per l'accoglienza diurna di propri familiari presso i diversi Centri Diurni per non autosufficienti convenzionati con l'Azienda ULSS n. 7.

Tempi di presentazione delle domande

Le domande dovranno essere presentate **entro il 6 febbraio 2010** presso il **Comune di residenza** degli interessati, utilizzando l'apposito modulo allegato.

Beneficiari del contributo

Sono le famiglie di persone non autosufficienti residenti nei Comuni facenti parte dell'ULSS 7, valutati dall'U.V.M.D. come idonei all'accoglienza nei Servizi convenzionati e che abbiano usufruito di ricovero temporaneo di sollievo o frequenza in Centro Diurno nel periodo compreso tra gennaio e dicembre 2009.

Modalità di erogazione

L'erogazione del contributo potrà avvenire solo a seguito di presentazione della domanda entro i termini. L'effettiva liquidazione del beneficio avverrà in seguito all'assegnazione ed al successivo trasferimento delle risorse economiche, presumibilmente entro il mese di marzo 2010.

Importo dei contributi

Buono Ricovero di Sollievo: il contributo giornaliero massimo erogabile per il ricovero presso una struttura per non autosufficienti ammonta ad €25,00= e può essere riconosciuto per un massimo di 20 giorni di soggiorno oppure per un massimo di 30 giorni, qualora il ricovero sia stato autorizzato per tale durata, nell'arco dell'anno 2009.

Buono Centro Diurno: il contributo per la frequenza al Centro Diurno, viene erogato sulla base dei giorni di frequenza di ogni singolo beneficiario. E' concesso per l'importo giornaliero massimo di €6,00= ed è riconosciuto per un massimo di 5 giorni a settimana (sabato, domenica e festività escluse), per tutta la durata dell'anno 2009.

Coloro i quali sono interessati ad accedere al contributo potranno rivolgersi all'UFFICIO ASSISTENZA-SCUOLA-SPORT del Comune (tel 0438.76556) nei seguenti orari:

Lunedì ore 8,15 – 10,30 Martedì ore 9,30 – 11,30 Giovedì ore 8,15 – 11,00

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Al Sig. Sindaco
del Comune di

Oggetto: richiesta di Buono Ricovero di Sollievo – Buono Centro Diurno.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ tel. _____
in qualità di _____

CHIEDE

a favore del sig./ra _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ tel. _____
Codice Fiscale _____

l'accesso al contributo denominato:

- Buono Ricovero di Sollievo** (accoglienza temporanea in strutture per non autosufficienti)
 Buono Centro Diurno (frequenza ai Centri Diurni)

A tal fine, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

- che il/la sig./ra _____ nel periodo dal _____ al _____ è stato accolto presso _____ di _____ e di aver sostenuto una spesa complessiva pari ad Euro _____ (spesa giornaliera Euro _____);
- che il/la sig./ra _____ dal _____ frequenta il Centro Diurno di _____ indicativamente per n. _____ giorni a settimana sostenendo una spesa giornaliera pari ad Euro _____;

Consenso al trattamento dei dati personali:

In relazione ai dati relativi al sottoscritto ed alla persona per la quale si richiede il contributo, acconsento all'uso dei dati personali di cui sopra, nell'ambito dell'istruttoria della domanda per il riconoscimento del contributo, ai sensi del D. Lgs 196/2003.

Qualora venga assegnato il contributo per il Buono Ricovero di Sollievo il sottoscritto si impegna inoltre a riaccogliere il proprio familiare a domicilio alla fine del periodo stabilito di ricovero.

Data _____

Firma

Estremi documento di identità _____

Firma apposta dal dichiarante in presenza di _____

Presentata copia del documento di identità _____

Modalità di corresponsione del beneficio:

Il sottoscritto _____ chiede inoltre che il beneficio richiesto venga erogato:

a sé stesso;

al/la sig./ra delegato: _____

con le seguenti modalità:

mandato di pagamento;

accredito su conto corrente intestato/cointestato a : _____ presso la
Banca/Istituto _____ filiale di _____ c/c n. _____
Coordinate : ABI _____ CAB _____

Data _____

Firma
