

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Spett.le Società della Salute Mugello  
Via P. Togliatti, 45  
50032 Borgo S. Lorenzo (FI)

Oggetto: **Richiesta erogazione Buono Servizio Azione 3- contributi a rimborso spese per assistente personale- progetto Sostegno Autonomia e Servizi Sociosanitari- SASS codice Progetto: 312725**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via/P.za  
\_\_\_\_\_ nc. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, indirizzo mail  
\_\_\_\_\_, chiede l'erogazione del Buono Servizio indicato in oggetto, e a tal  
fine DICHIARA:

di trovarsi nella condizione prevista:

- con piano di assistenza personalizzato domiciliare per assistente familiare (c.d. badante) ISO IV o V;
- con piano di assistenza residenziale (RSA) in lista di attesa

di essere in possesso di dichiarazione ISEE in **corso di validità**, del valore di € \_\_\_\_\_ o di allegare ricevuta di presentazione della DSU;

di aver stipulato un regolare contratto con l'Assistente Familiare, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, per l'assistenza a persona non autosufficiente, registrato all'Inps (allegata copia del contratto e della Denuncia INPS) **contratto intestato al beneficiario o amministratore di sostegno o tutore;**

*oppure:*

di avere intenzione di stipulare un regolare contratto con Assistente Familiare, per un minimo di 26 ore settimanali, categoria CS DS, da registrare c/o Inps e da fornire in copia alla SdS entro 30 gg dalla comunicazione di esito positivo;

che l'assistente familiare è

- accreditato ai sensi articolo 7 c. 2 della L.R.T. 82/2009 ;
- in corso di accreditamento da presentare entro 30 giorni dalla data della comunicazione di esito positivo da parte della SdS;

di impegnarsi in caso di erogazione del Buono Servizio a presentare trimestralmente agli uffici della SdS copia della busta paga e relativo bonifico di pagamento e dei bollettini INPS, e di essere consapevole che l'erogazione del contributo avverrà trimestralmente e condizionatamente alle risultanze della rendicontazione presentata;

che la modalità di accreditamento per il versamento del contributo, nel caso di sua accettazione, è la seguente (specificare di seguito IBAN di C/C bancario o postale):

- intestato al beneficiario \_\_\_\_\_
- intestato a \_\_\_\_\_

di impegnarsi a comunicare, una volta ottenuto il beneficio, entro 5 giorni da loro verificarsi, qualsiasi variazione/interruzione/sospensione del rapporto di lavoro con l'Assistente Familiare (variazioni orarie, licenziamenti, nuove assunzioni, maternità etc...);

di essere a conoscenza che l'interruzione del rapporto di lavoro con l'Assistente Familiare costituisce sospensione dell'erogazione del Buono Servizio, fino a comunicazione di stipula di nuovo contratto;

di essere a conoscenza che l'erogazione del Buono è condizionata alla verifica della sussistenza dei requisiti richiesti da parte della SdS Mugello, della disponibilità delle risorse economiche attribuite per la presente azione di progetto, e che la stessa si interrompe in caso di inserimento permanente in RSA, o comunque al termine del progetto, previsto (per quanto riguarda la sola erogazione dei benefici) alla data del 28/02/2027;

di essere a conoscenza che al termine del progetto 28/02/2027 i beneficiari saranno inseriti in graduatoria per il contributo assistente familiare sul Fondo Non Autosufficienza con il SOLO punteggio dell'ISO GRAVITA' e in ordine cronologico rispetto alla data di formulazione del PAP.

di essere pienamente consapevole che il contributo non è cumulabile con altri contributi erogati alla stessa finalità

Per eventuali comunicazioni contattare Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

telefono cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Documentazione da allagare alla domanda:

- Domanda di iscrizione al FSE+ firmata dal beneficiario /Tutore/Amm.re Sostegno
- Documenti di identità del beneficiario/ AdS / Tutore
- In caso di presentazione da parte dell'amministratore di sostegno o tutore, il decreto di nomina
- Ricevuta presentazione DSU in caso di assenza di autocertificazione del valore ISEE

Borgo San Lorenzo, \_\_\_\_\_

Il Richiedente/Tutore/Amm.re Sostegno