



Al Responsabile del Servizio Sociale del
Comune di Maracalagonis

Oggetto: Richiesta rimborso spese Piani personalizzati Legge 162/98 e recupero ore non effettuate durante il periodo di emergenza COVID-19 (MARZO-GIUGNO 2020).

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____, Via _____

Codice Fiscale _____, in qualità di beneficiario del Piano:

oppure

- Tutore e legale rappresentante;
- Amministratore di sostegno;

del disabile _____ nato/a a _____

il _____ e residente a Maracalagonis in Via _____

Codice fiscale _____

Titolare del finanziamento per l'attuazione del Piano Personalizzato di sostegno a favore di persona con handicap grave (Legge 21/05/1998, n. 162), con la presente

CHIEDE(barrare la voce che interessa)

<input type="checkbox"/>	Il rimborso della fattura (<input type="checkbox"/> parziale - <input type="checkbox"/> intera)n. _____ del _____ di €.
	Rilasciata dalla Cooperativa sociale (o società sportiva) _____
	per il mese di _____;
<input type="checkbox"/>	Il rimborso della fattura (<input type="checkbox"/> parziale - <input type="checkbox"/> intera)n. _____ del _____ di €.
	Rilasciata dalla Cooperativa sociale (o società sportiva) _____
	per il recupero delle ore non effettuate nel periodo emergenza COVID-19;
<input type="checkbox"/>	Il rimborso della fattura (<input type="checkbox"/> parziale - <input type="checkbox"/> intera)n. _____ del _____ di €.
	Rilasciata dall'Educatore/Educatrice professionale _____
	per il mese di _____;
<input type="checkbox"/>	Il rimborso della fattura (<input type="checkbox"/> parziale - <input type="checkbox"/> intera)n. _____ del _____ di €.
	Rilasciata dall'Educatore/Educatrice professionale _____
	per il recupero delle ore non effettuate nel periodo emergenza COVID-19;
<input type="checkbox"/>	Della busta paga (n. _____ parziale -intera) rilasciata al/alla Signore/Signora _____
	per un importo netto pari a €. _____ dal/dalla Collaboratore/Collaboratrice-Badante-
	Educatore/Educatrice professionale-Altro <input type="checkbox"/> _____
	oltre ai contributi INPS relativi al _____ trimestre anno _____ relativa al mese di _____
	per l'importo di €. _____ e al recupero delle ore non effettuate nel periodo emergenza COVID-19 per l'importo di €. _____ (corrispondenti a n. ore _____);

Il sottoscritto, inoltre, dichiara che la spesa richiesta a rimborso non è finanziata da altro Ente.

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

(firma)