

**All'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario VT3
c/o Settore Servizi Sociali
Via del Ginnasio 1
01100 Viterbo**

SCHEDA DI RENDICONTAZIONE

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

indirizzo _____ n. _____ Tel. _____

in qualità di _____

- beneficiario
- familiare
- familiare convivente
- tutore/ amministratore di sostegno

DICHIARA

di aver sostenuto le seguenti spese per l'attuazione del Piano Assistenziale

del Sig. _____

per il periodo dal _____ al _____

ASSEGNO DI CURA CON ASSUNZIONE DI OPERATORE

| MESE | RETRIBUZIONE | ONERI | € | PAGAMENTO (bonifico o assegno ,attestazione versamento oneri previdenziali) |
|------|--------------|-------|---|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ASSEGNO DI CURA PER ACQUISTO DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

| FATTURA | SOGGETTO GESTORE ACCREDITATO | MESE | € | PAGAMENTO (bonifico o assegno n.) |
|---------|---------------------------------|------|---|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si allegano alla presente i seguenti documenti :

- n. copie di bonifici o assegni per retribuzione mensile operatori;
- n. attestazione di versamento dei contributi previdenziali;;
- n. fatture per servizi di assistenza alla persona
- n. copie bonifici o assegni per pagamento mensile servizio di assistenza

Ai fini dell'erogazione del contributo previsto dichiara inoltre

- che il Sig. _____

beneficiario del contributo

- Assegno di cura per gravissima disabilità
- Assegno di cura persona non autosufficiente

per il periodo dal _____ al _____ è stato assistito presso il proprio domicilio

ovvero

che per il periodo dal _____ al _____ è stato ricoverato presso la struttura

codice IBAN per il versamento del contributo è il seguente:

Data

Firma

RISERVATO ALL'UFFICIO

Visto per la regolarità amministrativa
