

FAC SIMILE
RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

COMUNE DI _____ PROVINCIA _____

Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene, Sanità e
dell'Assistenza sociale
Direzione Generale delle Politiche Sociali
Via Roma 253
09123 CAGLIARI

Oggetto: Fondo per la non autosufficienza - Richiesta di finanziamento L.R. 2/2007, art. 34, comma 4 - Sostegno alle persone anziane che si avvalgono dell'aiuto di un assistente familiare

DESTINATARIO

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito all'anno _____ euro _____

Scheda di valutazione (L.162/1998) punti _____

Certificazione disabilità grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1998) rilasciata

in data _____ dall'Azienda USL n. _____ di _____

ASSISTENTE FAMILIARE

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Nazionalità _____

Iscritta nel Registro Pubblico degli assistenti familiari

del Comune di _____ in data _____

Contratto di lavoro stipulato in data _____

che prevede n. _____ ore giornaliere per n. _____ giorni alla settimana

PROGETTO PERSONALIZZATO

Situazione familiare:

Interventi previsti:

Verifiche:

Finanziamento richiesto di euro _____

Riferito al periodo dal _____ al _____

Referente del progetto per il Comune: _____

Telefono _____ Fax _____ E mail _____

Data

il Comune
la famiglia
l'assistente familiare