

**COMUNE DI CHIOGGIA
SERVIZI SOCIALI**

**RICHIESTA RIMBORSO QUOTE DI PARTECIPAZIONE
AI SERVIZI DOMICILIARI**

Soggetto per cui viene richiesto il rimborso

Cognome e nome _____ nato il _____
Indirizzo _____ tel. _____ cell. _____

Soggetto di riferimento

Cognome e nome _____ nato il _____
Indirizzo _____ tel. _____ cell. _____
in qualità di (*) _____ C.F. _____
(*) indicare il rapporto di parentela o altro con il soggetto per cui si richiede il rimborso delle quote di partecipazione al servizio

Motivo del rimborso (*)

- Decesso utente avvenuto il _____
- Ricovero utente in strutture protette (case di riposo), altro avvenuto il _____
presso _____

(*) (Il rimborso deve essere richiesto entro tre mesi dalla data del decesso o del ricovero dell'utente)

Quote da rimborsare

- Servizio di assistenza domiciliare n. buoni _____ valore €. _____
- Servizio erogazione pasti a domicilio n. buoni _____ valore €. _____
- Totale €. _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- Buoni residui del servizio di assistenza domiciliare
- Buoni residui del servizio di erogazione pasti a domicilio
- Fotocopia della Carta Identità e codice fiscale del beneficiario.
- Fotocopia della Carta Identità e codice fiscale della persona di riferimento
- Fotocopia del codice IBAN del titolare dei buoni o, se deceduto, della persona di riferimento.

Data _____

IL DICHIARANTE
