



Servizio Sanitario della Toscana

All'Unità di Valutazione Multidimensionale Via Gramsci, 561 Sesto Fiorentino

II/La Sottoscritto/a		
	Provincia	
	via	
Recapiti telefonici		
	CHIEDE	
□ a nome proprio		
□ per conto di	in qualità d	ib
Munito di specifica delega	e fotocopia del documento	ti di
Nato/a	Provincia	il
	via	
Recapiti telefonici	19 581 17	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	1	
La concessione della segue	ente prestazione assistenziale _	
	benefici eventualmente conseguiti	caso di dichiarazioni false e e della i (ai sensi degli artt. 75 e76 D.P.R.
		beneficiario è quello risultante zione Sostitutiva Unica rilasciata del
rispetto a quella con		eneficiario risulta essere variata cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE





Servizio Sanitario della Toscana

	. •				
	ti non imponibili di cui è titol ente dovrà fomire la documentazione				
☐ Pensing Pen	<ul> <li>□ Pensione privilegiata ordinaria corrisposta ai militari di leva</li> <li>□ Pensione erogata dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, sordomuti, invalidi civili</li> <li>□ Indennità di accompagnamento erogata dal Ministero degli Interni</li> <li>□ Assegno erogato dal Ministero dell'Interno a ciechi civili, sordomuti, invalidi civili</li> <li>□ Pensione Sociale</li> </ul>				
Che è bene	eficiario per l'anno in corso d	di:			
2. cont 3. asse 4. asse 5. esor 6. esor 7. esor 8. esor 9. esor	ributi affitti ributi natalità extracomunita gno di maternità ai sensi de gno per nucleo familiare co nero totale o parziale TIA nero totale o parziale ICI nero totale o parziale mensa nero totale o parziale trasponero totale o parziale trasponero totale o parziale retta as nero totale o parziale retta as	ell'art. 66 legge 448 n 3 figli minori ai se n scolastica rto scolastico silo nido	ensi dell'art. 65 le	egge 448/1998	
Nucleo 1					
Grado di parentela <sup>1</sup>	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
		The state of the s	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
	Che la composizione del r della presentazione de n	lla Dichiarazione		Jnica rilasciata	

Indicare per tutti i familiari il grado di parentela: "G" se genitore, "F" figlio/a, "N" nuora, "GE" genero, "NI" nipote, "CONV" convivente.





della Salute della Toscana

Servizio Sanitario della Toscana

☐ Che la composizione del nucleo familiare (1) risulta essere variata rispetto a quella contenuta nella Dichiarazione di cui sopra (IN CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO NOTORIO);

Nucleo 2			ale Indirizzo	1
Grado di parentela	Cognome e Nom	e Codice fisca	ale Indirizzo	Comune di Residenza
				Nesideriza
,				
		×		
presentaz	rione della	Dichiarazion	e Sostitutiva	dall'Attestazione dell Unica rilasciat ;
contenuta DICHIARAZ	nella Dichiaraz	ione di cui so		ariata rispetto a quello VARIAZIONE ALLEGARI DRIO);
Nucleo 3	O No	Onding finants	In divisor	Comune di
Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Residenza
paromoia	-	a		
		tarin to the	e et la company	- A.C.E
	-	1 1 11 1		1 10 11
	3.0 4 W.			,
presentaz	rione della	Dichiarazion	e Sostitutiva	dall'Attestazione dell Unica rilasciat ;
contenuta	nella Dichiaraz	ione di cui s		ariata rispetto a quell VARIAZIONE ALLEGAR DRIO);
Nucleo 4				
Grado di parentela	Cognome e Nome	Codice fiscale	Indirizzo	Comune di Residenza
				1





Servizio Sanitario della Toscana

	☐ Che la composizione del nucleo familiare è quella presentazione della Dichiarazione Sos n	essere variata rispetto a quella CASO DI VARIAZIONE ALLEGARE
	☐ Che in caso di accoglimento della domanda la pagamento della prestazione è :	persona di riferimento per il
II/la S	Sig./Sig.ranato/a a	
Resid	idente a via/piazza	
n	Telcodice fiscale	
	□ Che in caso di accoglimento della domanda il titolare	e della quietanza è:
	☐ Se medesimo	
	□ II/la Sig/Sig.ra nato/a	a a
Re	Residente a via/piazza	n
Che	Che con la sottoscrizione della presente intende delegare a riscuote	ere per suo conto.
entro 30 II/la sot	sottoscritto/a, in caso di accoglimento della presente, si impegna a 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati r sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D zione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trat	nella presente. .Lgs. n.196/2003 (codice in materia di
esclusiv N.B L'A	sivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dic l'Amministrazione si riserva di effettuare dei controlli, anche a camp 1, comma 1, D.P.R 445/2000)	hiarazione viene resa.
	DATA	FIRMA
	□ SPAZIO RISERVATO ALL'UFF	ICIO
Δ norma	ma dell'art. 38 D.P.R n.445 del 28.12.2000, la presente richiesta (e le dich	vigrazioni in occa contonuto):
	È stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;	
	Data Firma del dipendente add	etto a ricevere la documentazione





età della Salute della Toscana Servizio Sanitario della Toscana

NOTE

Prestazioni erogabili: interventi domiciliari sociosanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico; interventi in forma indiretta tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali; inserimenti in strutture semiresidenziali; inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; inserimenti permanenti in residenza.

Destinatari delle prestazioni: residenti nel territorio della Zona-distretto che: a) si trovano nella condizione di non autosufficienza e con un alto indice di gravità accertato sulla base della valutazione effettuata dall'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) oppure b) sono stati riconosciuti disabili in condizione di gravità ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n.

### 1. RISCOSSIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI

☐ II/la sottoscritto/a	, nella sua qualità di titolare
della quietanza su delega del Sig/Sig.ra_	
☐ II/la sottoscritto/a	già firmatario della richiesta
presentata in data	_, protocollo n
1. C	HIEDE
Che il pagamento delle somme erogate av espressamente l'Ente da ogni e qualsiasi re	vvenga con le seguenti modalità, esonerando esponsabilità al proposito:
☐ QUIETANZA DIRETTA presso il Tesor	iere (filiali banca CRF)
☐ ASSEGNO DI TRAENZA E QUIETANZ da inviare al seguente indirizzo:	ZA con spese di spedizione a proprio carico
□ ACCREDITO SU C/C BANCARIO O F cointestato (indicare tutti gli intestatari di contestato)	POSTALE intestato a proprio nome o del c/c):
BANCA/POSTA	Agenzia n
LOCALITA'	
Codice IBAN (obbligatorio)	
Attenzione: non è possibile l'accredito sui libretti p	ostali
Data	Firma leggibile del richiedente
	·





Servizio Sanitario della Toscana

#### SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

A norm	a dell'art.38 D.P.R n.445 del 28.12.2000, la pres	ente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):
	È stata sottoscritta dall'interessato in mia prese È pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata documento di identità del dichiarante.	enza; presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di ur
	Data	Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione