

OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO SPESE PIANI PERSONALIZZATI LEGGE 162/98

l sottoscritt _____ nat_ a _____

il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____

cod. fiscale _____, in qualità di:

- beneficiario del P.P. L.162/98
- (altro, es.: familiare, Amm. di Sostegno, ecc.) _____

del BENEFICIARIO _____ c.f. _____

CHIEDE

Il rimborso delle pezze giustificative **quietanzate** di seguito elencate, relative al mese di _____.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, N° 445

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti, ai fini dell'ottenimento dei benefici economici L.162/98:

(per ottenere il rimborso è obbligatorio barrare tutte le caselle)

- ☐ Il suddetto beneficiario è in possesso di certificazione di **disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3, della L. 104/1992**, con validità fino al _____;
- ☐ Il suddetto beneficiario non ha soggiornato per più di 30 giorni nell'arco di un anno presso **Strutture** autorizzate o presso **Residenze Sanitarie Assistenziali** autorizzate;
- ☐ In caso di consegna di **busta paga**, questa rispetta quanto previsto dall'art. 2120 del Codice Civile e dall'art. 41 del CCNL del lavoro domestico, che consentono l'anticipo del **TFR** su richiesta del lavoratore, una sola volta all'anno, fino a un massimo del 70% dell'importo maturato.

(Solo l'anticipo del TFR entro tale limite potrà essere rendicontato e rimborsato nell'ambito del finanziamento annuale riconosciuto).

Si allega:

- Pezze giustificative di cui si richiede il rimborso, con relativa quietanza di pagamento;
- Fotocopia del documento di identità del dichiarante (obbligatorio in caso di firma autografa);
- (altro) _____

ISILI, _____

Firma del dichiarante _____