

**Progetto Home Care Premium 2017**  
**Assistenza domiciliare non autosufficienti.**  
**Sportello Sociale Informativo AMBITO N.26**  
**SAN GIUSEPPE VESUVIANO**

**Richiedente**.....

Recapito telefonico .....  
e.mail.....

**Beneficiario**.....

Recapito telefonico.....

INVALIDITA'.....

Domanda  Diretta  Indiretta  Iscrizione Banca Dati  
Legame di Parentela.....

**Per la presentazione della domanda che da diritto all'erogazione di**  
**- contributo economico per il beneficio di prestazioni prevalenti**  
**- servizi di prestazioni assistenziali integrative**

**recarsi presso lo Sportello Sociale con i seguenti documenti:**

- Documento di riconoscimento e Codice Fiscale del Dante Causa;
- Documento di riconoscimento e Codice Fiscale della persona per la quale si richiede l'assistenza;
- Numero di telefono e indirizzo e-mail del Responsabile del progetto;
- ISEE Socio Sanitario;
- PIN DISPOSITIVO INPS del Dante Causa

IBAN \_\_\_\_\_

- intestato a.....Banca/Posta.....

Lì;

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_