



COMUNE DI MENTANA

Città Metropolitana di Roma Capitale

ASSESSORATO POLITICHE SOCIALI - SETTORE "SERVIZI ALLA PERSONA"

ALLEGATO D

BUONO DI SERVIZIO N. _____ *Assistenza Domiciliare*

AREA ANZIANI

AREA MINORI

AREA DISAGIO SOCIALE

Il presente buono a cui si allega il PAI, è valido per l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare con la modalità dell'accreditamento per il periodo dal _____ al _____ per la fruizione di un massimo di ore _____ settimanali ed esclusivamente per gli interventi/prestazioni previsti dal Piano Assistenziale Individualizzato elaborato dall'Assistente Sociale, in favore di:

Nome _____

Cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

tel. _____ email _____

Il presente buono è stato rilasciato in data _____

al Sig./ra _____ familiare referente

del Sig./ra _____ titolare dell'intervento che ha indicato quale soggetto erogatore del servizio la seguente Ditta accreditata: _____

Ore Settimanali da erogare	Costo Orario (IVA inclusa)	Quota Oraria a carico Utente (IVA inclusa)	Quota oraria a carico Comune (IVA inclusa)	Totale Ore Progetto
n.	€	€	€	n.
COSTO MASSIMO TOTALE				

Il Comune provvede mensilmente al pagamento delle ore dell'assistenza domiciliare autorizzate dietro presentazione di regolare fattura corredata del prospetto mensile delle prestazioni erogate e sottoscritto dall'assistito o dai suoi familiari e controfirmato dell'operatore.

Le prestazioni verranno sospese durante le festività nazionali.

Addì, _____

L'Assistente Sociale
