

## DOMANDA PER IL CONTRIBUTO DI NON AUTOSUFFICIENZA Mod. NAS per l'Assistito

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità,

### CHIEDE DI POTER ACCEDERE AL CONTRIBUTO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

per sè

per l'assistito

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Allega a tal fine la seguente documentazione:

1. Modulo ADL compilato a cura del medico
2. Eventuale documentazione medica giustificativa dello stato di non autosufficienza (cartelle cliniche relative a ricoveri, referti di accertamenti diagnostici, verbali di Pronto Soccorso, certificato di invalidità civile se riconosciuta e quant'altro utile a comprovare la non autosufficienza)

Il sottoscritto si impegna formalmente, sotto la propria responsabilità, a comunicare immediatamente a CASAGIT SALUTE ETS, qualsiasi variazione possa intervenire in merito allo stato di salute dell'Assistito per il quale si richiede tale contributo.

La mancata comunicazione autorizza la Mutua al recupero degli importi erogati ma non dovuti e alla sospensione del diritto all'erogazione del contributo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza delle Norme dell'erogazione delle prestazioni che disciplinano i criteri di valutazione e le condizioni di rimborso del contributo di non autosufficienza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In caso di incapacità da parte del Socio titolare di redigere la domanda indicare il nominativo del familiare (specificando il grado di parentela) o del tutore che la compila in sua vece.