

	Amministrazione destinataria Comune di Cento Ufficio destinatario Servizi sociali	
---	--	--

Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

<input type="radio"/>	il calcolo della prestazione sociale agevolata finalizzata all'erogazione di un contributo per la compartecipazione al pagamento della retta giornaliera																																																						
<input type="radio"/>	il ricalcolo della prestazione sociale agevolata finalizzata all'erogazione di un contributo per la compartecipazione al pagamento della retta giornaliera																																																						
<input type="radio"/>	per sè stesso																																																						
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="3">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Sesso</td> <td>Data di nascita</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza													In qualità di (*)																	
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																	
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																		
In qualità di (*)																																																							

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

presso la seguente struttura				
Struttura				
<input type="radio"/>	casa residenza per anziani (CRA)			
<input type="radio"/>	centro diurno per anziani			
<input type="radio"/>	centri socio residenziali			
<input type="radio"/>	centri socio residenziali diurni			
<input type="radio"/>	CSO gruppo verde			
<input type="radio"/>	altre strutture autorizzate			
Tipo struttura				
<input type="radio"/>	semi-residenziale			
<input type="radio"/>	residenziale			
Denominazione struttura				
Telefono		Fax	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

sita in						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere in possesso di autorizzazione all'accesso in struttura da parte della competente UVM
- di essere stato dichiarato non autosufficiente dalla competente UVM e di essere in graduatoria per l'accesso alle strutture residenziali accreditate per anziani

- di aver avuto il riconoscimento dall'inps dell'indennità di accompagnamento

Numero atto	Data atto

- di aver depositato istanza all'inps per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

Data deposito istanza all'inps

- di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica

Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità

e di possedere il seguente ISEE

Valore ISEE	Data di rilascio	Data fine validità
€		

- di essere titolare dei seguenti importi pensionistici riferiti all'anno in corso non rientranti nei dati reddituali ISEE (*)

Pensioni o prestazioni assistenziali	Ente erogatore o categoria	Importo mensile	Importo tredicesima
assegno invalidità civile		€	€
pensione di inabilità totale		€	€
assegno sociale		€	€
assegno sociale sostitutivo di indennità civile		€	€
indennità di accompagnamento		€	€
pensione di talassemia		€	€
pensione per ciechi parziali o assoluti		€	€
indennità di accompagnamento per ciechi civili assoluti		€	€
altro		€	€

(*) si consiglia di compilare il riquadro sottostante consultando il mdello ObisM rilasciato dall'INPS

- di possedere i seguenti risparmi (depositi e conti correnti bancari e postali, titoli di Stato, certificati di deposito e credito, buoni fruttiferi, azioni, fondi di investimento, ecc.) alla data dell domanda

Importo totale risparmi
€

- che il nucleo familiare anagrafico del beneficiario ricoverato in struttura è così composto:

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Indirizzo	Comune	Telefono

- che i figli del beneficiario della prestazione non inclusi nel nucleo familiare sono:

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Indirizzo	Comune	Telefono

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a comunicare, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi mutamento delle condizioni reddituali e patrimoniali, compreso il riconoscimento di eventuali ulteriori emolumenti pensionistici (compresi gli arretrati), nonché l'avvenuta rinuncia o accettazione di eredità o legati
- di impegnarsi a restituire l'eventuale importo anticipato dal Comune di Cento al ricevimento degli arretrati relativi all'indennità di accompagnamento nel caso intenda beneficiare di anticipazione per il pagamento della retta ai sensi del vigente regolamento

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia, se in possesso, della nomina o del deposito della richiesta di amministratore di sostegno
<input checked="" type="checkbox"/>	copia verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
<input checked="" type="checkbox"/>	saldo dei conti correnti del beneficiario riferiti all'anno precedente ed estratto conto del beneficiario alla data di presentazione della domanda
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Cento		
Luogo	Data	Il dichiarante