

**Amministrazione destinataria**

Comune di Schio

**Ufficio destinatario**

Servizio sociale

## Domanda di contributo per integrazione retta in istituto per anziani

**Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento**

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

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

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

**soggetto interessato**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)				

**attualmente residente in**

Provincia    Comune    Indirizzo    Civico    Barrato    Interno    Scala    Piano    SNC    CAP

**ricoverato nella struttura**

Denominazione struttura

**per**

Motivo ricovero

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 a conoscenza che il Comune si riserva il diritto di procedere d'ufficio a tutte le verifiche necessarie in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rese con la presente domanda di integrazione retta
- di aver preso visione del vigente Regolamento approvato con Deliberazione di Consiglio comunale n. 74/2011 e s.m.i. delle vigenti linee guida in materia
- di essere a conoscenza che, in caso di concessione del contributo richiesto, la prestazione agevolata verrà inserita nella banca dati delle prestazioni sociali agevolate ai sensi del Decreto legislativo 31/05/2010, n. 78, del Decreto ministeriale 26/12/2014, n. 206, del Decreto legislativo 15/09/2017, n. 147 e successive modifiche ed integrazioni
- le seguenti condizioni economiche ISEE del nucleo familiare

Importo ISEE anno di riferimento	Data di rilascio ISEE	Numero di protocollo DSU
€		

**DICHIARA INOLTRE**

che il beneficiario

Redditi									
<input type="checkbox"/>	è titolare dei seguenti redditi								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipologia</th> <th>Importo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>€</td> </tr> <tr> <td></td> <td>€</td> </tr> <tr> <td></td> <td>€</td> </tr> </tbody> </table>	Tipologia	Importo		€		€		€
Tipologia	Importo								
	€								
	€								
	€								
Beni mobili									
<input type="radio"/>	non è titolare di beni mobili								
<input type="radio"/>	è titolare di beni mobili								
<input type="checkbox"/>	libretti di risparmio								
<input type="checkbox"/>	conti correnti								
<input type="checkbox"/>	titoli vari								
<input type="checkbox"/>	altro								
	Descrizione bene mobile								
Donazioni									
<input type="radio"/>	non ha effettuato donazioni								
<input type="radio"/>	ha effettuato le seguenti donazioni								
	Descrizione donazioni								
Beni immobili, diritti di usufrutto									
<input type="radio"/>	non possiede beni immobili né diritti di usufrutto								
<input type="radio"/>	possiede i seguenti beni immobili o diritti di usufrutto								
	Descrizione beni immobili o diritti di usufrutto								

- l'intervento economico si configura come "anticipazione" quando il beneficiario non abbia disponibilità liquida sufficiente al pagamento della retta ma sia proprietario o usufruttuario di beni immobili e sia disponibile ad aderire ad accordi finalizzati all'alienazione/utilizzo di beni

## COMUNICA

l'elenco dei familiari, inclusi gli eventuali soggetti tenuti agli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del Codice civile

<input type="checkbox"/> familiare									
Cognome			Nome			Codice fiscale			
Grado di parentela (*)									
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

  

<input type="checkbox"/> familiare									
Cognome			Nome			Codice fiscale			
Grado di parentela (*)									
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

  

<input type="checkbox"/> familiare									
Cognome			Nome			Codice fiscale			
Grado di parentela (*)									
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

  

<input type="checkbox"/> familiare									
Cognome			Nome			Codice fiscale			
Grado di parentela (*)									
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

  

<input type="checkbox"/> familiare									
Cognome			Nome			Codice fiscale			
Grado di parentela (*)									
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

  

<input type="checkbox"/> familiare									
Cognome			Nome			Codice fiscale			
Grado di parentela (*)									
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela (*)										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> familiare										
Cognome			Nome			Codice fiscale				
Grado di parentela (*)										
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

(\*) coniuge, figli legittimi o legittimati e, in loro mancanza, i discendenti prossimi (figli dei figli), genitori, e in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, generi e nuore, suocera e suocero, fratelli e sorelle germani o unilaterali, con presenza dei germani sugli unilat

#### DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi ad utilizzare per il pagamento della retta le somme di qualsiasi tipo di cui il beneficiario divenga titolare successivamente alla domanda, ancorché percepite da terzi (famiglia, amministratore di sostegno), ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano.

- che rispetto alla richiamata Dichiarazione Sostitutiva Unica sono intervenute le seguenti variazioni

Descrizione variazioni

--

- di rendersi disponibile, eventualmente assieme ad altri, alla compartecipazione al pagamento della retta in parola per l'importo mensile di

Importo mensile retta

€

--

Eventuali annotazioni

--

### Elenco degli allegati

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

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | copia dell'attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie residenziali  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del certificato medico in carta libera attestante le condizioni di disabilità<br><i>(se non già dichiarato nella DSU)</i>  |
| <input type="checkbox"/>            | documentazione attestante le eventuali spese mediche sostenute   |
| <input type="checkbox"/>            | copia della documentazione attestante le spese domestiche sostenute  |
| <input type="checkbox"/>            | copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del contratto di accoglienza sottoscritto dalla struttura ospitante, ultima fattura emessa dalla struttura o altra documentazione sull'importo della quota di natura sociale |
| <input type="checkbox"/>            | copia del permesso di soggiorno<br><i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i>  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento d'identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | ove nominato, decreto nomina amministratore di sostegno, curatore o tutore   |

### 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)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Schio

Luogo

Data

il dichiarante