

AL COMUNE

DI _____

(Indirizzo del Comune di residenza del richiedente)

MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE

D.G.R. 503/2019 e s.m.i.— Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

Codice Fiscale _____ residente/domiciliato a _____

denominata " _____ " con sede in _____,

Via _____, a far data dal _____, con la presente in

qualità di (indicare con un segno di spunta):

Diretto interessato;

Tutore di (indicare il soggetto interessato): _____

Familiare (indicare il grado di parentela): _____

Di :

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____

Sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____

prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____

già ospite presso la struttura denominata _____

con sede in _____ dal _____

oppure

non ancora ospite indica la seguente struttura

Tipologia assistenziale: residenziale semi-residenziale

Preferenza struttura:

.....

(Denominazione struttura accreditata)

CHIEDE

la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta, a far data dal ___ / ___ / ___

per la tipologia di struttura (barrare con il segno "X" su una sola casella di interesse):

Strutture per minori

- Centro diurno per minori
- Centro diurno per minori con disabilità
- Comunità educativa per minori (6-13 anni)
- Comunità educativa per pre-adolescenti e adolescenti (14-18 anni)
- Gruppo Appartamento maschile/femminile per minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria
- Comunità specialistica educativa per minori con disturbi del comportamento o disadattati sociali, sottoposti a provvedimenti penali e/o amministrativi
- Centro specialistico per bambini e adolescenti vittime di abusi e maltrattamenti
- Centro per Minori Stranieri Non Accompagnati

Strutture per adulti

- Centro diurno per anziani
- Comunità alloggio per anziani
- Comunità accoglienza per Adulti in difficoltà
- Case rifugio per donne vittime di violenza con o senza minori
- Case rifugio per vittime di tratta con o senza minori
- Case accoglienza per donne in difficoltà, gestanti e/o con figli
- Case di riposo per anziani

Strutture per persone con disabilità

- Centro diurno per persone con disabilità mentali
- Centro diurno per persone con disabilità
- Comunità alloggio per persone con disabilità
- Comunità alloggio per persone con disabilità mentale
- Casa famiglia per persone con disabilità grave
- Comunità per persone con disabilità – Dopo di Noi (L-112/2016 e D.M. 23/11/2016)

A tale proposito, si allega quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza, che non può superare il valore di € 25.000,00;
2. **ISEE Socio –Sanitario**, in corso di validità dell'interessato che non può superare il valore di € 25.000,00, nel caso di strutture PER PERSONE CON DISABILITA'
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati 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;
4. **Dichiarazione** della situazione reddituale percepita dal soggetto richiedente come da dichiarazione all. C) all'avviso

5. **Certificato redatto dal medico di base o specialista che attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto**

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.
Distinti saluti.

Data: _____ li _____

Firma del richiedente

(per esteso e leggibile)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
Codice Fiscale _____ già ospite presso la _____
denominata " _____ " con sede in _____,
Via _____, a far data dal _____, con la presente in
qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

Diretto interessato;

Tutore e/o Amministratore di sostegno di (*indicare il soggetto interessato*):

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____

sexso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____

prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____,

Familiare (*indicare il grado di parentela*): _____

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

SI IMPEGNA

1. a comunicare, per l'integrazione della retta, le somme di cui a qualsiasi titolo, in seguito, divenga titolare (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati, 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;
2. allega copia **OBSM anno 2024** rilasciato dall'INPS competente attestante tutte le pensioni percepite dall'utente;

Data: _____ li _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Allegato: Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)