



Richiesta contributo per integrazione retta in istituto a favore di disabili

n. protocollo

Il/la sottoscritto/a [ ] nato/a a [ ] il [ ]/[ ]/[ ] residente a [ ] in [ ] n. [ ] codice fiscale [ ] telefono [ ] e-mail [ ] in qualità di [ ]

chiede a codesto Comune un contributo per integrazione della retta (Legge 328/2000 art. 6, comma 4)

a favore di [ ] nato/a a [ ] il [ ]/[ ]/[ ] residente a [ ] in [ ] n. [ ] codice fiscale [ ] ricoverato presso l'istituto [ ] per i seguenti motivi:

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (artt. 46 e 47) sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze PENALI in caso di falsa dichiarazione (art. 75 "decadenza benefici" e art. 76 "norme penali")

- 1) 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;
2) di aver preso visione del vigente Regolamento approvato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 74/2011, come modificato con Deliberazione di Consiglio Comunale n. 35/2021, e delle vigenti linee guida in materia;
3) 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 D.L. 31.05.2010 n. 78, del D.M. 26.12.2014 n. 206, del D. Lgs. 15.09.2017 n. 147 e successive modifiche ed integrazioni;
4) che l'indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni socio sanitarie residenziali in corso di validità del beneficiario è di Euro [ ] in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) con numero di protocollo INPS-ISEE [ ] presentata in data [ ];



SITUAZIONE DI FAMIGLIA					
Relazione di parentela col... ricoverat..... nei gradi di cui all'art. 433 del Codice Civile (*)	COGNOME E NOME del... ricoverat... e dei membri della sua famiglia di cui all'art. 433 del Codice Civile	NASCITA		RESIDENZA	
		Luogo	Data	Comune	Indirizzo
<b>Ricoverato</b>					

(\*) Gradi di parentela ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile:

- 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
- suocero e suocera
- fratelli e sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali

Il/la sottoscritto/a  nato/a a

il / /  e residente a  in

via/Piazza  n. , codice fiscale

, telefono , e-mail

, in qualità di , si

dichiara disponibile, eventualmente assieme ad altri, alla compartecipazione al pagamento della retta in

parola per l'importo mensile di Euro ,00.

Schio, lì \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

<b>Elenco dei documenti richiesti:</b>	
<input type="checkbox"/>	carta di identità o documento di riconoscimento equipollente del richiedente;
<input type="checkbox"/>	in caso di cittadini stranieri, documento di soggiorno e/o ricevuta richiesta di rinnovo;
<input type="checkbox"/>	attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitaria residenziali
<input type="checkbox"/>	contratto di accoglienza, ultima fattura emessa dalla struttura o altra documentazione sull'importo della quota di natura sociale;
<input type="checkbox"/>	Verbale rilasciato dalla competente U.V.M.D. che riporti il progetto di inserimento in struttura;
<input type="checkbox"/>	ove nominato, decreto di nomina di amministratore di sostegno/curatore/tutore;

**Spazio riservato al dipendente addetto alla raccolta della domanda**

**ATTESTO CHE**

la firma non è stata apposta in mia presenza e che la dichiarazione è stata raccolta unitamente alla fotocopia, qui allegata, di un documento di identità del dichiarante;

la firma è stata apposta in mia presenza e che il dichiarante è stato identificato mediante l'esibizione del documento di identità: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_;

la dichiarazione è stata resa da persona che non sa firmare ovvero che, al momento, è impedita alla firma. Il dichiarante è stato precedentemente identificato mediante l'esibizione del documento di identità: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_;

la dichiarazione è stata resa da persona diversa dall'interessato. Tale persona ha dichiarato di essere \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio/a o, in ultima istanza, parente entro il 3° grado) dell'interessato e che questi si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni legate al suo stato di salute.

Il dichiarante è: (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_.

Il dichiarante è stato precedentemente identificato mediante l'esibizione del documento di identità: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_;

la dichiarazione è stata resa e sottoscritta dal tutore dell'interessato (vedasi copia allegata del decreto di nomina del tutore);

la dichiarazione è stata resa dall'interessato con l'assistenza del curatore, che ha aggiunto la propria firma a quella dell'interessato (vedasi copia allegata del decreto di nomina del curatore);

la dichiarazione è stata resa e sottoscritta dall'amministratore di sostegno dell'interessato ovvero è stata resa dall'interessato con l'assistenza dell'amministratore di sostegno, che ha aggiunto la propria firma a quella dell'interessato (secondo quanto previsto dal decreto di nomina dell'amministratore di sostegno, qui allegato in copia).

Schio, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_