

AL COMUNE DI _____

Pec _____

AL COMUNE DI ROGLIANO
COMUNE CAPO AMBITO TERRITORIALE
Pec PROTOCOLLO.ROGLIANO@ASMEPEC.IT

Oggetto: Presa in carico e ammissione a beneficio/retta per servizi socioassistenziali.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
Codice Fiscale _____, residente a _____
_____ in _____ piazza/via _____
_____ n. _____ tel./cell. _____
_____;

con la presente in qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

Diretto interessato;

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

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

Cognome _____ Nome _____ Codice
Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____ sesso (M o
F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo
_____ C.A.P. _____,

CHIEDE

la **presa in carico**

l'**ammissione all'integrazione della retta**

per l'accesso ai servizi socioassistenziali erogati dall'Ambito territoriale sociale di _____:

SERVIZIO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE

SERVIZIO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE

ALTRO (specificare) _____

A tale proposito, dichiara:

- di essere consapevole che la presa in carico e l'eventuale ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed economiche, ed altresì qualora si ravvisi la necessità di un intervento integrato mediante valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM, per come previsto dalla normativa in vigore;
- che i servizi forniti dall'Ambito sono erogati mediante risorse a valere su Fondi europei, nazionali, regionali e locali (es. FNPS, FRPS, FNA, c.d. "Dopo di Noi", c.d. "Cargiver", PAC, PON, ecc.);
- che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili annue.

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza ovvero ISEE sociosanitario per soggetti con disabilità;

2. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all'anno in corso;
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, con la quale vengono indicati i soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice civile o con la quale viene dichiarato l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice civile;
4. **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;
5. **Copia modello Obis-M**;
6. **Certificato medico** - relazione sanitaria, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulta la compatibilità all'inserimento in struttura socioassistenziale.
7. **Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente**;
8. **Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito**;
9. **Copia nomina tutore/amministratore di sostegno**;
10. **Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza**

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.

_____ lì _____

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 Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato/a a _____
prov. _____ sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____
C.A.P. _____, in qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

Diretto interessato;

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

Tutore di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____ sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____,
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

DICHIARA

* *(indicare con un segno di spunta)*

1. Che la **situazione reddituale** e/o **economica** per l'anno _____ è la seguente:
(ultima dichiarazione presentata)

	<u>Reddito proprio</u>	<u>Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare</u>
REDDITO LORDO		
REDDITO NETTO		

2. Che la **situazione patrimoniale** è quella risultante nel mod. ISEE corrente dell'anno _____.

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Data: _____ li _____

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

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

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 Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato/a a _____
prov. _____ sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____
C.A.P. _____, in qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

Diretto interessato;

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

Tutore di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____
sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____,

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

DICHIARA

* *(indicare con un segno di spunta)*

che i **parenti civilmente obbligati** di cui art. 433 del Codice Civile *
del/la Sig. _____ sono:

- 1) _____ nat_ a _____ il _____ relazione
di parentela _____;
- 2) _____ nat_ a _____ il _____ relazione
di parentela _____;
- 3) _____ nat_ a _____ il _____ relazione
di parentela _____;
- 4) _____ nat_ a _____ il _____ relazione
di parentela _____;
- 5) _____ nat_ a _____ il _____ relazione
di parentela _____;

l'**inesistenza di soggetti** di cui art. 433 del Codice Civile;

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Data: _____ li _____

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

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

***Art. 433 Codice civile**

Persone obbligate: all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine:

- 1) il coniuge
- 2) i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;
- 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti.
- 4) i generi e le nuore;
- 5) il suocero e la suocera;
- 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali; con precedenza dei germani sugli unilaterali.

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 Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato/a a _____
prov. _____ sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____
C.A.P. _____, in qualità di *(indicare con un segno di spunta)*:

Diretto interessato;

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

Tutore di *(indicare il soggetto interessato)*:

Cognome _____ Nome _____ Codice
Fiscale _____ nato/a a _____ prov. _____
sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____ C.A.P. _____,

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

DICHIARA

D'**impegnarsi** a comunicare, per l'integrazione della retta, le somme che 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.

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Data: _____ li _____

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

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

Certificato Medico e/o Relazione del Medico curante o Specialista che certifichi lo stato di salute e la coerenza dell'utente con il servizio socioassistenziale richiesto.