

Concorso alla spesa della quota di compartecipazione a carico dell'utente e/o del Comune di residenza per le prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale e semiresidenziale - Anno 2025

☐ Gent.mo Sig. Sindaco del Comune
Di Vasto

☐ Gent.mo Sig. Sindaco del Comune
di San Salvo
per i cittadini residenti in San Salvo, Cupello,
Fresagrandinaria e Lentella

☐ Gent.mo Sig. Presidente dell'Unione dei
Miracoli
C/to Comune di Casalbordino
per i cittadini residenti in Casalbordino,
Pollutri, Villalfonsina e Torino di Sangro

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00

Generalità del richiedente:

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
residente in via _____ n. _____
città _____ provincia _____ Cap _____
codice fiscale _____
Telefono _____
Email _____ P.E.C. _____

In caso di sottoscrizione da parte di soggetto diverso dall'interessato:

In qualità di:

☐ familiare del Sig./ra _____ (cognome e nome)
☐ tutore del Sig./ra _____ (cognome e nome)
☐ amministratore di sostegno del beneficiario Sig./ra _____ (cognome e nome)
☐ altro (specificare) _____ (cognome e nome)

(cognome e nome) _____
Nato/a a _____ il _____
residente in via _____ n. _____
città _____ provincia _____ Cap _____
codice fiscale _____

CHIEDE

IL CONSENSO PREVENTIVO ALLA COMPARTECIPAZIONE DI CUI AL DECRETO REGIONALE N. 6/Reg del 23.12.2014, FINALIZZATO ALLA RELATIVA COMPARTECIPAZIONE, CONTESTUALMENTE ALLEGA LA PROPRIA ATTESTAZIONE ISEE

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

La composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente interessato):

Num. d'ord.	Rapp.to di parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.

che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) è interessato/a alla presente istanza in quanto si trova a beneficiare di in una delle seguenti condizioni:

Descrizione	Contrassegnare con una "X"
A - prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento), in favore di disabili gravi, erogate dalle strutture ex articolo 26 L. 833/78 (Decreto del Commissario ad acta 8 agosto 2014, n. 92, così come modificato dal Decreto del Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 103);	
B - prestazioni residenziali, in favore di disabili, anziani non autosufficienti e pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze, erogate dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) (Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n.105);	
C) prestazioni residenziali in favore di persone inabili non curabili a domicilio e anziani non autosufficienti, disabili fisici, psichici, sensoriali, anormali psichici, erogate da strutture riconducibili attualmente alle Residenze Assistenziali (R.A.) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104);	
D) prestazioni socio-riabilitative residenziali in favore di persone con problemi psichiatrici, erogati da strutture a più alta/minore intensità assistenziale (Struttura semiprotetta - Casa famiglia di cui alle tipologie degli Allegati B e C della del. giunta reg. 877/2001) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104).	

Altra: (Specificare)	
----------------------	--

che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione alla succitata prestazione ne beneficia in ragione della sotto indicata condizione:

Codice Tipologia prestazione	Target	Quota sociale gg. a carico utente/Comune	Contrassegnare con una "X"	
A. Prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento)				
A.1. Prestazioni riabilitative semiresidenziali	Disabile grave			
A.2. Prestazioni riabilitative semiresidenziali	Disabile medio grave			
A.3. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile grave			
A.4. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile medio grave			
A.5. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile grave privo del sostegno familiare			
A.6. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile medio grave privo del sostegno familiare			
Altra (Specificare)				
B. Prestazioni residenziali erogate in R.S.A.				
B.1. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Anziani non autosufficienti			
B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Anziani non autosufficienti			
B.3. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia	Anziani non autosufficienti			
B.4. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Disabili			
B.5. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Disabili			
B.6. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia	Disabili			
B.7. B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze			
B.8. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze			
Altra Specificare				

C. Prestazioni residenziali erogate in R.A.				
C.1. Prestazioni residenziali in R.A.	Inabili non curabili a domicilio/anziani non autosufficienti			
C.2. Prestazioni residenziali in R.A.	Disabili fisici, psichici, sensoriali privi di sostegno familiare			
Altra (Specificare)				
D. Prestazioni socio-riabilitative residenziali erogate in strutture semiprotette/case famiglia				
D.1. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a più alta intensità assistenziale (Allegato B del. giunta reg. 877/2001)	Persone con problemi psichiatrici			
D.2. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a minore intensità assistenziale (Allegato C del. giunta reg. 877/2001)	Persone con problemi psichiatrici			
Altra (specificare)				

che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione a quanto contenuto nell'art. 04 delle Linee guida di cui al Bura n. 52 del 31.12.2014, per ciò che attiene la condizione di disabilità, connota la propria condizione:

Tipologia	Contrassegnare	Note
Per "disabili gravi" si intendono le persone con disabilità in possesso della certificazione di situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992. Per "persone con disabilità media, grave o non autosufficiente" si intendono, comunque, le persone per le quali sia stata accertata una delle condizioni descritte nella tabella di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 5 dicembre 2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)). La condizione di "non autosufficienza" è altresì accertabile dall'Unità di valutazione multidimensionale		
Per "disabili privi del sostegno familiare" si intendono i disabili, che abbiano perso il sostegno per decesso o per malattia o per abbandono di tutti i familiari tenuti agli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del Codice civile, inteso come assenza naturale e giuridica o come ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, previo accertamento di tale condizione da parte del Servizio sociale professionale e/o dell'Unità di valutazione multidimensionale. Per i disabili non rientranti in tale casistica, si applicano le tariffe e le percentuali già stabilite per i disabili a seconda della fascia di appartenenza.		
Altra (Specificare)		

Che lo stesso/a risulta essere ospite/utente previa valutazione ed autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), presso la seguente struttura accreditata:

STRUTTURA DI RIFERIMENTO

Nome struttura		
Ubicazione struttura		
Città struttura		
Telefono struttura		
Fax struttura		
Mail struttura		
Referente struttura		
Altro		
Dal giorno		
Al giorno		
Dal giorno		
Al giorno		
Altro (specificare) _____		
Anno 2024	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anno 2025	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Componente aggiuntiva: Figli non compresi nel nucleo (indicati nella dichiarazione sostitutiva per ottenimento Attestazione Isee per prestazioni socio-sanitarie residenziali)

Nominativo	Residenza	Recapito telefonico

Indennità economiche possedute

Specifica	Importo mensile

Di aver corrisposto in favore della struttura le seguenti somme richieste a titolo di compartecipazione alla spesa socio sanitaria.

€ _____ - il giorno _____

€ _____ - il giorno _____

€ _____ - il giorno _____

DICHIARA di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare i controlli circa la veridicità delle informazioni rese nella presente istanza.

ATTESTAZIONE A FIRMARE LA DOMANDA DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE PER IMPEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, atteso che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra _____

In qualità di:

- ☐ Coniuge
- ☐ Figlio/a
- ☐ Parente o collaterale in linea retta fino al terzo grado
- ☐ Altro

Previamente identificate a mezzo _____ n. _____

rilasciata dal/dalla _____ il _____ in corso di validità.

L'ADDETTO _____

DOCUMENTI ALLEGATI:

- ☐ Dichiarazione Sostitutiva Unica ISEE Socio Sanitario Residenze e relativa Attestazione in corso di validità.
- ☐ Copia verbale di accertamento di Invalidità Civile.
- ☐ Copia verbale di accertamento ai sensi della legge n. 104/92.
- ☐ Copia ultimo verbale di valutazione ed autorizzazione dell'U.V.M.
- ☐ Copia nomina legale (per Tutore ed Amministratore di Sostegno).
- ☐ Altro _____ (Specificare).

Lì, _____

IL/LA RICHIEDENTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

ACCONSENTO

1. Al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione ed alla gestione della presente domanda.

☐ SI ☐ No

2. Alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili che gestiscono servizi informatici di postalizzazione ed archiviazione ed il trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda.

☐ SI ☐ No

3. Alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda, ad altri Enti o Amministrazioni ove ciò necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

☐ SI ☐ No

SONO CONSAPEVOLE CHE IL MANCATO CONSENSO

- ✓ Nel caso di cui al punto 1, comporta l'impossibilità di istruire o gestire la domanda che mi riguarda;
- ✓ Nel caso di cui al punto 2, notevole ritardo nell'istruzione e nella gestione della mia domanda.

Il/la Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, secondo il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/la Sottoscritto/a, si impegna a comunicare entro trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/la Sottoscritto/a, è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

_____, lì _____

FIRMA (di chi presenta istanza)
