

**OGGETTO: RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO AD INTEGRAZIONE DELLA RETTA
ASSISTENZIALE PER LA FREQUENZA IN RSA/RSD**

Dati del richiedente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via /Piazza _____ N° civico _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

In qualità di _____ del beneficiario.

CHIEDE

Un contributo economico ad integrazione della retta ai sensi del Regolamento Comunale relativo all'attuazione di interventi di sostegno economico per l'inserimento di anziani in strutture residenziali **approvato con D.C.C. n. 21 del 09.05.2017 e del D.P.C.M. 159/2013.**

per se stesso

per: cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ CAP _____

Via /Piazza _____ N° civico _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

DICHIARA

Ai sensi **dell'art. 46 del DPR 445/2000** e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi;

- a) Di aver presentato domanda di ingresso presso _____
- b) Di essere ricoverato dal _____ presso _____
- c) Che il costo giornaliero della retta è di € _____
- d) Che la situazione reddituale e patrimoniale è la seguente:
- pensione mensile € _____
 - invalidità civile mensile € _____
 - accompagnamento mensile € _____

- rendite mensili (assegni divorzili, assicurazioni personali, etc.) € _____
- estratto conto di depositi bancari e/o postali € _____
- immobili:
 - di proprietà (indicare indirizzo, percentuale di proprietà e se ad uso abitazione principale):

 - in usufrutto (indicare indirizzo, percentuale di proprietà e se ad uso abitazione principale):

d) Che i parenti e donatori tenuti agli alimenti ai sensi degli articoli 433, 434, 437 e 438 del codice civile sono (coniugi, figli, fratelli, genitori):

Cognome	Nome	Indirizzo	n. Telefono/cell	Grado parentela

e) Che la situazione economica, determinata ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 e s.m.i. e in corso di validità, ammonta a:

Valore ISEE SOCIO SANITARIO RESIDENZIALE PER MAGGIORENNI € _____ Data di rilascio attestazione ISEE ____/____/____

Valore ISEE ORDINARIO € _____ Data di rilascio attestazione ISEE ____/____/____

Valore ISEE CORRENTE € _____ Data di rilascio attestazione ISEE ____/____/____

Si allega alla presente:

- copia documento d'identità richiedente e beneficiario;
- copia eventuale atto di designazione di amministratore di sostegno, tutore, curatore, ecc...;
- retta pagata per il ricovero in struttura;
- copia certificazioni dei trattamenti pensionistici di qualsiasi natura (ad es. mod. obis-m, accompagnamento, invalidità civile, ecc);
- copia di rendite mensili (ad es. assegni divorzili, affitti, assicurazioni personali, ecc.) ;
- copia estratto conto e depositi bancari o postali;
- copia verbale di invalidità;

Distinti saluti

Asola, ____ / ____ / _____

Firma del richiedente

Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento (UE) 2016/679

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto delle disposizioni del GDPR (regolamento UE 2016/679). I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per assolvere agli adempimenti previsti da leggi, da regolamenti, dalla normativa comunitaria e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (articolo 6.1.c GDPR), e per esercitare un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri (articolo 6.1.e, articolo 9.2.g GDPR), in particolare per analisi problematica, valutazione e attivazione servizio, interventi, attività sociale, socio-assistenziale e ad integrazione socio-sanitaria, effettuati anche in collaborazione con Responsabili del trattamento all'uopo nominati dal Titolare del trattamento quali a titolo di esempio non esaustivo Azienda Speciale Servizi alla Persona dell'Asolano A.S.P.A., ASST Mantova, ATS Val Padana ed altri soggetti istituzionali e per le ulteriori finalità.

L'Informativa Privacy – Servizi Sociali è consultabile sul sito internet del Comune www.comune.asola.mn.it. e presso l'ufficio Servizi Sociali.

Data _____

(firma per esteso e leggibile)