Amministrazione destinataria

Comune di Lomagna

Ufficio destinatario

Ufficio Assistente Sociale

Domanda per la concessione di contributo RSA

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione di un contributo per inserimento in RSA, RSD o altra struttura

Soggetto interessato

- ○ per sè stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

Reddito mensile (compresa indennità di accompagnamento) €

Numero pensione

Conto corrente del soggetto interessato

Saldo €

In data

☐ di essere titolare di titoli di stato, buoni fruttiferi, fondi d'investimento

Dalla data (3 mesi antecedenti alla domanda)

Per un importo di €

Alla data odierna per un importo di €

☐ **proprietario del seguente immobile (escluso l'immobile in comproprietà e abitato dallo stesso)**

Particella terreni o Unità imm. urbana	Cod. cat.	Sezione	Foglio	Particella	Subalterno	Categoria	Visura
							☐

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

☐ che la propria situazione patrimoniale relativa ai 3 anni precedenti alla domanda di ricovero con contribuzione comunale non è peggiorata a seguito di vendite/donazioni o altro, che abbiano ridotto ad uno stato di bisogno

Parenti obbligati al mantenimento

Cognome	Nome

COMUNICA

☐ di possedere il seguente ISEE

Importo €

Data di rilascio

Data di scadenza

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

○ il sottoscritto è intestatario del conto corrente

○ l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

SI IMPEGNA

- [x] a redigere annualmente la dichiarazione dei redditi al fine di ottenere il rimborso parziale della quota sanitarioa
- [x] a utilizzare il rimborso per la copertura della retta RSA/RSD/altra struttura dandone comunicazione al comune affinché possa sospendere l'erogazione del contributo sino a completo utilizzo del rimborso
- [x] a presentare entro il 15/01 di ogni anno nuova domanda di contributo con i dati reddittuali, patrimoniali aggiornati, al fine di ridefinire il contributo
- [x] a comunicare eventuali contributi ricevuti da altri enti

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [x] tessera sanitaria
- [x] documentazione relativa alla spesa da sostenere
- [ ] copia nomina amministratore di sostegno
- [x] copia modello OBISM e comunicazione liquidazione indannità di accompagnamento
- [ ] copia ultima dichiarazione dei redditi
- [x] copia estratto conto
- [x] verbale di invalidità civile e della condizione di disabilità
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Lomagna		