

**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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
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		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune									<input type="checkbox"/>	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)											
<input type="text"/>											

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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
€		
Conto corrente del soggetto interessato	Saldo	In data
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	€	

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	€	€

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		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMUNICA

di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SI IMPEGNA

- a redigere annualmente la dichiarazione dei redditi al fine di ottenere il rimborso parziale della quota sanitaria
- 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
- 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
- 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)

- tessera sanitaria
- documentazione relativa alla spesa da sostenere
- copia nomina amministratore di sostegno
- copia modello OBISM e comunicazione liquidazione indannità di accompagnamento
- copia ultima dichiarazione dei redditi
- copia estratto conto
- verbale di invalidità civile e dell'handicap
- 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.

Lomagna

Luogo

Data

il dichiarante