

ALL'UFFICIO DI PIANO
COMUNE CAPOFILA DI COSENZA

pec: comunedicosenza@superpec.eu

AL COMUNE DI _____
(In caso di consegna a mano al Comune di residenza)

OGGETTO: PER LA PRESA IN CARICO E L'AMMISSIONE ALL'INTEGRAZIONE A RETTA RIVOLTA ALL'UTENZA CHE INTENDE USUFRUIRE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E DOMICILIARI DI AMBITO, A VALERE SU FNPS, FRPS ed FNA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____,
_____ residente a _____ prov. _____ indirizzo _____
_____ C.A.P. _____ n. di _____
telefono _____ mail _____.

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

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): _____
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____,
residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo _____
_____ C.A.P. _____

CHIEDE

- la presa in carico per l'ammissione a retta
- l'ammissione all'integrazione a retta

per l'accesso ai servizi socioassistenziali erogati dall'Ambito territoriale Sociale di Cosenza:

- SERVIZIO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE (CENTRI DIURNI)
- SERVIZIO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE
- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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, per come previsto dalla normativa in vigore;

- che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili annue;
- da compilare solo nel caso in cui si sia già inseriti in una struttura residenziale o semiresidenziale, ovvero, che allo stato attuale l'utente è ospite nella struttura _____ a far data dal _____;
- da compilare solo nel caso si richieda l'inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale, ovvero, di richiedere l'inserimento presso la struttura: _____;
- da compilare solo nel caso in cui si sia già beneficiari di servizi di assistenza domiciliare PAC, FNA, FNPS, FRPS, ovvero, di usufruire già dei servizi domiciliari sopra elencati _____ erogati dall'ETS _____;

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza o **ISEE socio-sanitario** nel caso di persone disabili non anziani;
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** (solo per i titolari di pensione);
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

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 _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____
_____, residente a _____ prov. _____ indirizzo
_____ C.A.P. _____,

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

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): _____
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____,
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)

	Reddito proprio	Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare
REDDITO LORDO		
REDDITO NETTO		

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

Firma del dichiarante

Data: _____ li _____

(per esteso e leggibile)

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 _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____
_____, residente a _____ prov. _____ indirizzo
_____ C.A.P. _____,

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

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): _____
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____,
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/della Sig./Sig.ra _____ sono:

Nome e cognome	Nato a	il	Relazione di parentela

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

Firma del dichiarante

Data: _____ li _____

(per esteso e leggibile)

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)

COMUNE DI DIPIGNANO (CS) Prot. in arrivo N° 0002793 del 29-04-2024 Cat. 7 CL. 15

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 _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____
_____, residente a _____ prov. _____ indirizzo
_____ C.A.P. _____,

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

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): _____
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____,
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

Data: _____ li _____

(per esteso e leggibile)

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)