



Amministrazione destinataria

Comune di Lomagna

Ufficio destinatario

Ufficio Assistente Sociale

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
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 compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)										
<input type="text"/>										

### fissata dalla seguente struttura

Tipo struttura

- RSA
- RSD
- CSS
- altra struttura (specificare)

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

- che il beneficiario del contributo ha un reddito mensile o pensione compresa di indennità di accompagnamento

Importo	Numero pensione
<input type="text"/>	<input type="text"/>
€	

- è titolare di conto corrente

Numero conto	Banca	Data saldo	Importo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€			

- è titolare di titoli di stato, buoni fruttiferi, fondi d'investimento

Data (tre mesi antecedenti la domanda)	Importo (tre mesi antecedenti la domanda)	Importo attuale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		€

- è proprietario dei seguenti immobili (escluso il possesso dell'immobile in comproprietà e abitato dallo stesso comproprietario)

Immobili
<input type="text"/>

- che la propria situazione patrimoniale relativa ai 3 anni precedenti la richiesta di ricovero con contribuzione comunale, non è peggiorata a seguito di vendite e donazioni o altro, che lo abbiano ridotto in uno stato di bisogno

- che attualmente i parenti obbligati al mantenimento come da codice civile, sono i seguenti

Cognome	Nome	ISEE	
<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="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

## DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi 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 della RSA, RSD, CSS o altra struttura dandone comunicazione al Comune affinché possa sospendere l'erogazione del contributo sino a completo utilizzo del rimborso
- a presentare entro il 15 gennaio di ogni anno nuova domanda di contributo con i dati reddituali, patrimoniali aggiornati, al fine di ridefinirne 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)*

- copia documento d'identità e codice fiscale del beneficiario
- copia dell'attestazione ISEE
- documentazione attestante le spese sostenute
- copia nomina amministratore di sostegno
- copia modello OBISM e comunicazione liquidazione indennità di accompagnamento
- copia ultima dichiarazione dei redditi
- copia dell'estratto conto
- copia dell'estratto titoli
- copia del certificato di invalidità civile
- 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