

	Amministrazione destinataria Comune di Buccinasco Ufficio destinatario Ufficio servizi sociali
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Domanda di intervento sociale per la compartecipazione al pagamento della retta per strutture residenziali

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

la compartecipazione alla retta di ricovero da parte del Comune di Buccinasco

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th colspan="4">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="9">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza												In qualità di (*)																	
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																															
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza																																																	
In qualità di (*)																																																					

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

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

- di prendere atto del "regolamento per l'erogazione di contributi economici finalizzati a prestazioni sociali agevolate e socio-assistenziali agevolate" approvato con deliberazione di consiglio comunale del 7/2/2019, n. 6 e deliberazione della giunta comunale n.76/2019
- di prendere atto dell'art. 433 del codice civile che stabilisce l'ordine di priorità delle persone tenute all'obbligo degli alimenti:
 - 1) il coniuge
 - 2) i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali
 - 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti
 - 4) i generi e le nuore
 - 5) il suocero e la suocera
 - 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali

in caso di presenza di uno o più persone tenute all'obbligo degli alimenti, compilare la tabella sottostante

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela con il richiedente	Professione	Residenza

dati relativi alla struttura ospitante

Denominazione struttura

Situata in

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

Retta giornaliera

€

Inserimento previsto / avvenuto il giorno

tipologia del ricovero

Tipologia

a tempo determinato

Specificare numero mesi

a tempo indeterminato

dati relativi alle risorse economiche dell'interessato

Indennità di accompagnamento

beneficia dell'indennità di accompagnamento

non beneficia dell'indennità di accompagnamento

non beneficia dell'indennità di accompagnamento

Domanda presentata in data

Visitato in data

titolare dei seguenti importi pensionistici

Ente erogatore	Categoria	Importo mensile
		€
		€
		€
		€
		€
		€

percepire di altri redditi

Altri redditi

sì, percepisco altri redditi

Specificare tipologia altri redditi

Importo

€

€

€

€

no, non percepisco altri redditi

titolare, nei confronti dei sotto elencati immobili, dei seguenti diritti

Comune	Proprietà / comproprietà / usufrutto	Attuale destinazione

risparmi, vendite e donazioni**Risparmi, vendite e donazioni**

<input type="radio"/>	di aver venduto / donato										
	<table border="1"><thead><tr><th>Specificare data</th><th>Specificare immobile</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>€</td></tr><tr><td></td><td>€</td></tr><tr><td></td><td>€</td></tr><tr><td></td><td>€</td></tr></tbody></table>	Specificare data	Specificare immobile		€		€		€		€
Specificare data	Specificare immobile										
	€										
	€										
	€										
	€										
<input type="radio"/>	di possedere i seguenti risparmi (c/c bancario/postale, libretto bancario/postale, titoli di Stato o di altro genere, fondi di investimento) per un importo pari a										
	<table border="1"><thead><tr><th>Specificare importo</th><th>Alla data del</th></tr></thead><tbody><tr><td>€</td><td></td></tr></tbody></table>	Specificare importo	Alla data del	€							
Specificare importo	Alla data del										
€											

<input type="radio"/>	di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità								
	<table border="1"><thead><tr><th>Protocollo INPS</th><th>Data di rilascio</th><th>Data fine validità</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>sulla cui base è stata rilasciata un'attestazione ISEE sociosanitario residenziale</p> <table border="1"><thead><tr><th>Importo ISEE</th></tr></thead><tbody><tr><td>€</td></tr></tbody></table>	Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità				Importo ISEE	€
Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità							
Importo ISEE									
€									
<input type="radio"/>	di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica e di essere in attesa di rilascio di attestazione								

DICHIARA INOLTRE

- di essere consapevole della rilevanza penale di eventuali omissioni e/o intempestive comunicazioni. Mi impegno altresì a comunicare, entro 30 giorni dall'avvenuta conoscenza, qualsiasi mutamento delle condizioni reddituali e patrimoniali, compreso il riconoscimento di eventuali ulteriori emolumenti pensionistici nonché l'avvenuta rinuncia e/o accettazione di eredità o legati

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
<input checked="" type="checkbox"/>	copia preventivo/fattura della struttura ospitante
<input checked="" type="checkbox"/>	prospetto pensionistico annuale (modello Obis/M) rilasciato dall'INPS o lista movimenti conto corrente da cui si evinca l'importo della pensione percepita
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'atto dimostrativo dell'eventuale diritto sugli immobili
<input checked="" type="checkbox"/>	saldo del conto corrente alla data della richiesta del contributo di compartecipazione
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Buccinasco		
Luogo	Data	Il dichiarante