



AREA IV - POLITICHE SOCIALI, CASA, CULTURA E SPORT
www.comune.montorio.te.it

**CONCORSO ALLA SPESA DELLA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE A CARICO
DELL'UTENTE E/O DEL COMUNE DI RESIDENZA PER LE PRESTAZIONI
SOCIO-SANITARIE IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE – ANNO _____
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00**

AL COMUNE DI MONTORIO AL VOMANO
Area Politiche sociali, lavoro e casa
postacert@pec.comune.montorio.te.it

LA/IL SOTTOSCRITTA/O _____ NATA/O A _____ IL ___/___/_____

CITTADINANZA _____

RESIDENTE NEL COMUNE DI _____ VIA _____ n° _____

COD.FISCALE _____

N. TEL _____ E-MAIL _____

In caso di sottoscrizione da parte di soggetto diverso dall'interessato, in qualità di:

- familiare del Sig./ra _____ (precisare generalità complete)
- tutore del Sig./ra _____ (precisare generalità complete)
- amministratore di sostegno del beneficiario Sig./ra _____ (precisare generalità complete)
- altro (specificare) _____ (precisare generalità complete).

CHIEDE

- il consenso preventivo alla compartecipazione di cui al decreto regionale n. 6/reg del 23.12.2014, finalizzato alla relativa compartecipazione.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera *

DICHIARA

La composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente interessato):

| N. | Rapp. di parentela | Cognome | Nome | Codice Fiscale | Luogo di Nascita | Data di nascita |
|----|--------------------|---------|------|----------------|------------------|-----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Componente aggiuntiva: Figli non compresi nel nucleo (indicati nella dichiarazione sostitutiva per ottenimento Attestazione Isee per prestazioni socio-sanitarie residenziali) tenuti al sostengo ai sensi dell'art. 433 C.C.:

| Nominativo | Codice fiscale | Residenza | Recapito telefonico |
|------------|----------------|-----------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) è interessato/a alla presente istanza in quanto si trova a beneficiare di in una delle seguenti condizioni (barrare la casella):
 - prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento), in favore di disabili gravi, erogate dalle strutture ex articolo 26 L. 833/78 (Decreto del Commissario ad acta 8 agosto 2014, n. 92, così come modificato dal Decreto del Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 103);
 - prestazioni residenziali, in favore di disabili, anziani non autosufficienti e pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze, erogate dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) (Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n.105);
 - prestazioni residenziali in favore di persone inabili non curabili a domicilio e anziani non autosufficienti, disabili fisici, psichici, sensoriali, anormali psichici, erogate da strutture riconducibili attualmente alle Residenze Assistenziali (R.A.) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104);
 - prestazioni socio-riabilitative residenziali in favore di persone con problemi psichiatrici, erogati da strutture a più alta/minore intensità assistenziale (Struttura semiprotetta – Casa famiglia di cui alle tipologie degli Allegati B e C della del. giunta reg. 877/2001) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104);
 - Altro _____

- che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione alla succitata prestazione ne beneficia in ragione della sottoindicata condizione:

| Codice Tipologia prestazione | Target | Quota sociale giornaliera a carico utente/Comune | Contrassegnare con una "X" |
|---|---|---|-----------------------------------|
| A.1. Prestazioni riabilitative semiresidenziali | Disabile grave | | <input type="checkbox"/> |
| A.2. Prestazioni riabilitative semiresidenziali | Disabile medio grave | | <input type="checkbox"/> |
| A.3. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile grave | | <input type="checkbox"/> |
| A.4. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile medio grave | | <input type="checkbox"/> |
| A.5. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile grave privo del sostegno familiare | | <input type="checkbox"/> |
| A.6. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile medio grave privo del sostegno familiare | | <input type="checkbox"/> |
| Altra (specificare) | | | <input type="checkbox"/> |
| B.1. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia | Anziani non autosufficienti | | <input type="checkbox"/> |
| B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia | Anziani non autosufficienti | | <input type="checkbox"/> |
| B.3. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia | Anziani non autosufficienti | | <input type="checkbox"/> |
| B.4. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia | Disabili | | <input type="checkbox"/> |
| B.5. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia | Disabili | | <input type="checkbox"/> |
| B.6. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia | Disabili | | <input type="checkbox"/> |
| B.7. B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia | Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze | | <input type="checkbox"/> |
| B.8. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia | Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze | | <input type="checkbox"/> |
| Altra (specificare) | | | <input type="checkbox"/> |
| C.1. Prestazioni residenziali in R.A. | Inabili non curabili a domicilio/anziani non autosufficienti | | <input type="checkbox"/> |
| C.2. Prestazioni residenziali in R.A. | Disabili fisici, psichici, sensoriali privi di sostegno familiare | | <input type="checkbox"/> |
| Altra (Specificare) | | | <input type="checkbox"/> |
| D.1. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a più alta intensità assistenziale (Allegato B del. giunta reg. 877/2001) | Persone con problemi psichiatrici | | <input type="checkbox"/> |
| D.2. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a minore intensità assistenziale (Allegato C del. giunta reg. 877/2001) | Persone con problemi psichiatrici | | <input type="checkbox"/> |
| Altra (specificare) | | | <input type="checkbox"/> |

- che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione a quanto contenuto nell'art. 04 delle Linee guida di cui al Bura n. 52 del 31.12.2014, per ciò che attiene la condizione di disabilità, connota la propria condizione (barrare la casella):
 - Per “disabili gravi” si intendono le persone con disabilità in possesso della certificazione di situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992. Per “persone con disabilità media, grave o non autosufficiente” si intendono, comunque, le persone per le quali sia stata accertata una delle condizioni descritte nella tabella di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 5 dicembre 2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)). La condizione di “non autosufficienza” è altresì accertabile dall'Unità di valutazione multidimensionale;
 - Per “disabili privi del sostegno familiare” si intendono i disabili, che abbiano perso il sostegno per decesso o per malattia o per abbandono di tutti i familiari tenuti agli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del Codice civile, inteso come assenza naturale e giuridica o come ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, previo accertamento di tale condizione da parte del Servizio sociale professionale e/o dell'Unità di valutazione multidimensionale. Per i disabili non rientranti in tale casistica, si applicano le tariffe e le percentuali già stabilite per i disabili a seconda della fascia di appartenenza;
 - Altro _____

- che lo stesso/a risulta essere ospite/utente previa valutazione e autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), presso la seguente struttura accreditata:

| STRUTTURA DI RIFERIMENTO | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nome struttura | | |
| Ubicazione struttura | | |
| Città struttura | | |
| Telefono struttura | | |
| FAX struttura | | |
| E- mail struttura | | |
| Referente struttura | | |
| Dal giorno _____ al giorno _____ | | |
| Anno _____ | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Altro _____ _____ | | |

- che l'utente percepisce le seguenti indennità economiche:

| Specifica | Importo mensile |
|-----------|-----------------|
| | |
| | |
| | |

- di aver corrisposto in favore della struttura le seguenti somme richieste a titolo di compartecipazione alla spesa socio-sanitaria:

€ _____ - il giorno _____

€ _____ - il giorno _____

€ _____ - il giorno _____

ALLEGA

- dichiarazione Sostitutiva Unica ISEE Socio Sanitario Residenze e relativa Attestazione in validità fino al 31.12. _____;
- copia verbale di accertamento di Invalidità Civile;
- copia verbale di accertamento ai sensi della legge n. 104/92;
- copia ultimo verbale di valutazione e autorizzazione dell'U.V.M;
- copia nomina legale (per Tutore ed Amministratore di Sostegno);
- altro _____ (specificare).

Montorio al Vomano, _____

IL DICHIARANTE

DISPOSIZIONI E CONTROLLI

Il Comune potrà procedere a idonei controlli "anche a campione" sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, ai sensi dell'art. 71 del citato D.P.R. Qualora dal controllo di cui all'art. 71 succitato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del T.U. D.P.R. 445/2000) e sarà soggetto alla responsabilità penale di cui all'art. 76 del T.U. D.P.R. 445/2000 e si procederà alla revoca del beneficio.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI (Decreto Legislativo n. 196/2003 e DGPR approvato con regolamento UE n. 679/2016).

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali Regolamento UE 679/2016; Decreto Legislativo n. 101 del 10/08/2018 Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, i dati personali raccolti con le domande presentate ai sensi del presente bando saranno trattati con strumenti informatici e utilizzati nell'ambito del procedimento per l'erogazione dell'intervento secondo quanto stabilito dalla normativa. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza.

L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione dell'intervento ai sensi del presente bando e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Il Titolare del trattamento dei dati è individuato nel Comune di Montorio al Vomano.

L'informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito dell'Ente, [cliccando qui](#), o scansionando il QR Code.



Montorio al Vomano, _____

IL RICHIEDENTE