

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 2021

Gent.mo Sig. Sindaco del Comune
Di Vasto

Gent.mo Sig. Sindaco del Comune
di San Salvo
per i cittadini residenti in San Salvo, Cupello,
Fresagrandinaria e Lentella

Gent.mo Sig. Presidente dell'Unione dei
Miracoli
C/to Comune di Casalbordino
per i cittadini residenti in Casalbordino,
Pollutri, Villalfonsina e Torino di Sangro

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00

Generalità del richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Cittadinanza _____

Residenza anagrafica:

Via/Piazza _____ n. civico _____

Comune _____ Provincia di Chieti

Recapito telefonico: _____

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 COMPARTICIPAZIONE DI CUI AL DECRETO REGIONALE N. 6/Reg del 23.12.2014, FINALIZZATO ALLA RELATIVA COMPARTICIPAZIONE, CONTESTUALMENTE ALLEGA LA PROPRIA ATTESTAZIONE ISEE

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345

DICHIARA

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

| Num. d'ord. | Rapp.to di parentela | Cognome e Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | C.F. |
|-------------|----------------------|----------------|------------------|-----------------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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:

| Descrizione | Contrassegnare con una "X" |
|---|----------------------------|
| A - 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); | |
| B - 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); | |
| C) 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); | |
| D) 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). | |
| Altra: (Specificare) | |

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345

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

| Codice Tipologia prestazione | Target | Quota sociale gg. a carico utente/Comune | Contrassegnare con una "X" | |
|--|---|--|----------------------------|--|
| A. Prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento) | | | | |
| A.1. Prestazioni riabilitative semiresidenziali | Disabile grave | | | |
| A.2. Prestazioni riabilitative semiresidenziali | Disabile medio grave | | | |
| A.3. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile grave | | | |
| A.4. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile medio grave | | | |
| A.5. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile grave privo del sostegno familiare | | | |
| A.6. Prestazioni riabilitative residenziali | Disabile medio grave privo del sostegno familiare | | | |
| Altra (Specificare) | | | | |
| B. Prestazioni residenziali erogate in R.S.A. | | | | |
| B.1. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia | Anziani non autosufficienti | | | |
| B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia | Anziani non autosufficienti | | | |
| B.3. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia | Anziani non autosufficienti | | | |
| B.4. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia | Disabili | | | |
| B.5. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia | Disabili | | | |
| B.6. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia | Disabili | | | |
| B.7. B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia | Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze | | | |
| B.8. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia | Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze | | | |
| Altra Specificare | | | | |
| C. Prestazioni residenziali erogate in R.A. | | | | |
| C.1. Prestazioni residenziali in R.A. | Inabili non curabili a domicilio/anziani non autosufficienti | | | |
| C.2. Prestazioni residenziali in R.A. | Disabili fisici, psichici, sensoriali privi di sostegno familiare | | | |
| Altra (Specificare) | | | | |

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345

| D. Prestazioni socio-riabilitative residenziali erogate in strutture semiprotette/case famiglia | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|--|
| D.1. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a più alta intensità assistenziale (Allegato B del. giunta reg. 877/2001) | Persone con problemi psichiatrici | | | |
| D.2. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a minore intensità assistenziale (Allegato C del. giunta reg. 877/2001) | Persone con problemi psichiatrici | | | |
| Altra (specificare) | | | | |

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:

| Tipologia | Contrassegnare | Note |
|---|----------------|------|
| 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. | | |
| Altra (Specificare) | | |

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345

Che lo stesso/a risulta essere ospite/utente previa valutazione ed 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 | | |
| Mail struttura | | |
| Referente struttura | | |
| Altro | | |
| Dal giorno | | |
| Al giorno | | |
| Dal giorno | | |
| Al giorno | | |
| Altro (specificare) _____ | | |
| Anno 2019 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Anno 2020 | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Componente aggiuntiva: Figli non compresi nel nucleo (indicati nella dichiarazione sostitutiva per ottenimento Attestazione Isee per prestazioni socio-sanitarie residenziali)

| Nominativo | Residenza | Recapito telefonico |
|------------|-----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

☛ **Indennità economiche possedute**

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

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345

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 _____

DICHIARA di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare i controlli circa la veridicità delle informazioni rese nella presente istanza.

ATTESTAZIONE A FIRMARE LA DOMANDA DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE PER IMPEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, atteso che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra _____

In qualità di:

- Coniuge
- Figlio/a
- Parente o collaterale in linea retta fino al terzo grado
- Altro

Previamente identificate a mezzo _____ n. _____

rilasciata dal/dalla _____ il _____ in corso di validità.

L'ADDETTO _____

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica ISEE Socio Sanitario Residenze e relativa Attestazione in corso di validità.
- Copia verbale di accertamento di Invalidità Civile.
- Copia verbale di accertamento ai sensi della legge n. 104/92.
- Copia ultimo verbale di valutazione ed autorizzazione dell'U.V.M.
- Copia nomina legale (per Tutore ed Amministratore di Sostegno).
- Altro _____ (Specificare).

Li, _____

IL/LA RICHIEDENTE

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

ACCONSENTO

1. Al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione ed alla gestione della presente domanda.

SI No

2. Alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili che gestiscono servizi informatici di postalizzazione ed archiviazione ed il trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda.

SI No

3. Alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda, ad altri Enti o Amministrazioni ove ciò necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

SI No

SONO CONSAPEVOLE CHE IL MANCATO CONSENSO

- ✓ Nel caso di cui al punto 1, comporta l'impossibilità di istruire o gestire la domanda che mi riguarda;
- ✓ Nel caso di cui al punto 2, notevole ritardo nell'istruzione e nella gestione della mia domanda.

Il/la Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, secondo il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il/la Sottoscritto/a, si impegna a comunicare entro trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il/la Sottoscritto/a, è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso,

oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

_____, li _____

FIRMA (di chi presenta istanza)

C_E372 - - 1 - 2021-06-29 - 0036345