

All'Azienda Speciale Terracina

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
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

CHIEDE

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta di ricovero

<input type="checkbox"/>	per sè stesso		
<input type="checkbox"/>	per il seguente familiare o tutelato		
In qualità di (*)			
Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

In qualità di (*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

attualmente residente in					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Piano

per la seguente struttura		
tipo di struttura		
<input type="checkbox"/>	casa di riposo o residenza sanitaria assistenziale (RSA)	
<input type="checkbox"/>	struttura riabilitativa per disabili	
<input type="checkbox"/>	struttura psichiatrica	
Tipo di struttura psichiatrica		
<input type="checkbox"/>	SRSR 24h	
<input type="checkbox"/>	SRSR 12h	
<input type="checkbox"/>	SRSR fascia oraria	
Denominazione struttura		
Telefono	Fax	E-mail

con sede in			
Indirizzo		Civico	Barrato

in cui	
Ricovero	
<input type="checkbox"/>	non è ancora stato ricoverato
<input type="checkbox"/>	è già ricoverato
	Giorno di ricovero

la cui retta giornaliera è di	
Retta giornaliera	Anno
€	

Valendosi della facoltà prevista 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

<input type="checkbox"/>	che il soggetto ricoverato percepisce indennità di accompagnamento		
<input type="checkbox"/>	che il soggetto ricoverato è persona con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104		
<input checked="" type="checkbox"/>	che il soggetto ricoverato è titolare dei seguenti redditi		
	Descrizione dei redditi percepiti		
<input checked="" type="checkbox"/>	che il soggetto ricoverato è titolare delle seguenti proprietà immobiliari		
	Tipo	Intestatario	Ubicazione
<input checked="" type="checkbox"/>	che il soggetto ricoverato è titolare dei seguenti altri redditi <i>(redditi da attività di lavoro non fiscalmente rilevabili, sussidi a diverso titolo da enti pubblici, indennità di accompagnamento, invalidità civile, rendita vitalizia, altro)</i>		
	Intestatario del reddito	Tipo di reddito	Importo
			€
			€
			€
			€

che i componenti del proprio nucleo familiare, compreso il soggetto ricoverato, alla data di presentazione della domanda, come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, sono i seguenti

Cognome	Nome	Codice fiscale	Grado di parentela	Attività/ Tipo di redditi

COMUNICA

che l'elenco dei familiari chiamati a partecipare al pagamento della retta sociale di ricovero applicata dalla struttura sono i seguenti

<input type="checkbox"/> 1° familiare					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

<input type="checkbox"/> 2° familiare					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

<input type="checkbox"/> 3° familiare					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

<input type="checkbox"/> 4° familiare				
Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico
Telefono fisso	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

DICHIARA_INOLTRE

- che si impegna a versare la quota individuale a proprio carico, esonerando l'Ente da qualsiasi responsabilità e ad assumersi tutti gli oneri per eventuali ritardi o mancati pagamenti della propria quota individuale della retta suddetta
- che si impegna a comunicare qualsiasi variazione di reddito all'Azienda Speciale Terracina in quanto le variazioni di reddito, a qualunque titolo percepite, determinano l'aggiornamento automatico del contributo a carico dell'ospite
- di aver preso visione del Regolamento sull'assistenza economica
- che tutte le comunicazioni che lo riguardano relative alla presente domanda, siano effettuate al seguente indirizzo
(compilare soltanto se l'indirizzo è diverso da quello indicato in precedenza)

Comune	Indirizzo	Civico	CAP	Provincia
Telefono	Fax	E-mail		

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

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

- copia della dichiarazione ISEE del soggetto ricoverato completa di autocertificazione, relativa all'ultimo anno fiscale
(da allegare se il ricoverato è persona con handicap permanente grave)
- copia della dichiarazione ISEE del nucleo familiare d'appartenenza al momento del ricovero, completa di autocertificazione, relativa all'ultimo anno fiscale
(da allegare se il ricoverato non è persona con handicap permanente grave)
- copia del certificato di invalidità civile
- certificazione medica di disabilità e di diagnosi funzionale
- copia del documento d'identità
(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)
- 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)

- dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

Terracina		
Luogo	Data	Il dichiarante