AL COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO
CAPOFILA DELL'ATS N. 4

UFFICIO DI PIANO

s.comunedimelitodiportosalvo@apogeopec.it

Oggetto: D.G.R. n.503 del 25/10/2019 e smi - Allegato " 1" - Presa in carico e ammissione integrazione retta (2024)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

Codice Fiscale _____ già ospite presso la _____

denominata "_____" con sede in _____,

Via _____, a far data dal _____, con la presente in

qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

☐ **Diretto interessato;**

☐ **Tutore e/o Amministratore di sostegno** di (*indicare il soggetto interessato e allegare documentazione):*

Cognome_____ Nome_____

Codice Fiscale_____ nato/a a _____ prov. _____

sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____

prov. _____ indirizzo_____ C.A.P. _____,

☐ **Familiare** *(indicare il grado di parentela):*_____

CHIEDE

la **presa in carico** e l'**ammissione all'integrazione della retta**, a far data dalla data di ammissione all'integrazione della retta

per la tipologia di struttura (barrare con il segno "X" *su una sola casella di interesse*):

STRUTTURE PER MINORI		
CENTRO DIURNO PER MINORI	Semiresidenziale	
CENTRO DIURNO PER MINORI CON DISABILITA'	Semiresidenziale	
CENTRO SOCIO EDUCATIVO PER MINORI CON DISABILITA'	Semiresidenziale	
COMUNITA' EDUCATIVA PER MINORI (6-13)	Residenziale	
COMUNITÀ EDUCATIVA PER PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI (14-21)	Residenziale	
GRUPPO APPARTAMENTO MASCHILE/FEMMINILE PER MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI	Residenziale	

DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA		
COMUNITÀ SPECIALISTICA EDUCATIVA PER MINORI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO O DISADATTATI SOCIALI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI PENALI E/O AMMINISTRATIVI	Residenziale	
CENTRO SPECIALISTICO PER BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI ABUSI E MALTRATTAMENTI	Residenziale	
CENTRO PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI	Residenziale	
COMUNITA' PER MINORI E GIOVANI ADULTI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE OVVERO IN ESECUZIONE DI PENA (L.13 del 06.05.2022)	Residenziale	
STRUTTURE PER ADULTI		
CENTRO DIURNO PER ANZIANI	Semiresidenziale	
COMUNITÀ ALLOGGIO PER ANZIANI	Residenziale	
COMUNITÀ ACCOGLIENZA PER ADULTI IN DIFFICOLTÀ	Residenziale	
CASA RIFUGIO PER DONNE VITTIME DI VIOLENZA CON O SENZA MINORI	Residenziale	
CASA RIFUGIO PER VITTIME DI TRATTA CON O SENZA MINORI	Residenziale	
CASA DI ACCOGLIENZA PER DONNE IN DIFFICOLTÀ, GESTANTI E/O CON FIGLI	Residenziale	
CASA DI RIPOSO PER ANZIANI	Residenziale	
STRUTTURE PER PERSONE CON DISABILITA'		
CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA' MENTALI	Semiresidenziale	
CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITÀ	Semiresidenziale	
COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ	Residenziale	
COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ' MENTALE	Residenziale	
CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON DISABILITA' GRAVE	Residenziale	
COMUNITA' PER PERSONE CON DISABILITA'-DOPO DI NOI (L. 112/2016 e D.M. 23/11/2016)	Residenziale	
CENTRO POLIVALENTE PER GIOVANI ADULTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO	Semiresidenziale	

A tale proposito, si allega quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza

2. **ISEE SOCIO-SANITARIO** in corso di validità dell'interessato, nel caso di soggetti maggiorenni con riferimento alle **STRUTTURE PER PERSONE CON DISABILITA';**

3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo *(emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.)* e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;

4. **Dichiarazione** della situazione reddituale mensile percepita dal soggetto richiedente l'inserimento relativa all'anno 2024 e copia ObisM rilasciato dall'INPS competente attestante tutte le pensioni percepite dall'utente;

5. **Certificato** redatto dal medico di base o specialista che ne attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto**;**

6. **Documentazione** attestante la nomina di Tutore/Amministratore di sostegno

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Data _____ lì _____

Firma del richiedente

_____

(per esteso e leggibile)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,

Codice Fiscale _____ già ospite presso la _____

denominata "_____" con sede in _____,

Via _____, a far data dal _____, con la presente in

qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

☐ **Diretto interessato;**

☐ **Tutore e/o amministratore di sostegno** di (*indicare il soggetto interessato e allegare documentazione)*

Cognome_____ Nome_____

Codice Fiscale_____ nato/a a _____ prov. _____

sesso (M o F) _____ il _____ residente/domiciliato/a a _____

prov. _____ indirizzo_____ C.A.P. _____,

☐ **Familiare** *(indicare il grado di parentela):*_____

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

1. Che la **situazione reddituale** e/o **economica** per l'anno **2023** è la seguente:
(ultima dichiarazione presentata)

	Reddito proprio	**Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare**
REDDITO LORDO		
REDDITO NETTO		

2. **D'impegnarsi** a comunicare, per l'integrazione della retta, le somme che a qualsiasi titolo, in seguito, divenga titolare *(emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.)* e/o percepisca i relativi arretrati, ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;
3. **Di allegare copia OBSM anno 2024** rilasciato dall'INPS competente attestante tutte le pensioni percepite dall'utente;

Allegato: Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

Firma del dichiarante

_____

(per esteso e leggibile)