

Al Comune di _____

A.T.S. n. 2 di San Marco Argentano

MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE

D.G.R. 503/2019 e ss.mm.ii.— Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O
 C.F. Nato/a a prov..... il ____ / ____ / ____
 residente in ... Prov via..... cap.....
 cittadinanza Ambito di Residenza
 E-mail..... Telefono
 Abitazione di Proprietà SI O - NO O Abitazione Idonea SI O - NO O Coabitazione con più nuclei SI O - NO O
 Beneficiario di altri servizi sociali SI O - NO O se SI, quali

In qualità di
 (grado di parentela/tutore/altro)

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445;

CHIEDE

L'accesso ai servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali/semiresidenziali dell'Ambito Territoriale n. 2 di San Marco Argentano:

Tipologia assistenziale: O Residenziale O Semi- residenziale

Preferenza struttura:
 (Denominazione struttura accreditata)

O PER SE STESSO**O PER IL SEGUENTE FAMILIARE/TUTELATO**

Nome..... Cognome Sesso M O F O
 C.F. Nato/a a prov..... il ____ / ____ / ____
 residente in Prov via..... cap.....
 cittadinanza..... E-mail..... Tel.....
 Abitazione di Proprietà SI O - NO O Abitazione Idonea SI O - NO O Coabitazione con più nuclei SI O - NO O
 Beneficiario di altri servizi sociali SI O - NO O se SI, quali

Motivo per cui si presenta l'Istanza:

DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1. Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a Prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail Telefono.....

Professione Disabilità.....

Preso/a in carica dal Servizio Sociale Professionale dall'ATS SI O - NO O

2. Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a Prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail Telefono.....

Professione Disabilità.....

Preso/a in carica dal Servizio Sociale Professionale dall'ATS SI O - NO O

DATI TUTORE (se presente)

Nome..... Cognome..... Sesso M O F

C.F. nato/a a Prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... PEC

Telefono.....

Atto di nomina

Numero atto di nomina.....

Data atto di nomina.....

DATI MEDICO DI BASE

Nome..... Cognome.....

Indirizzo in cui è ubicato lo studio medico.....

Via..... Cap..... Prov.....

E-mail..... Telefono.....

DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI

Numero protocollo DSU.....anno protocollo DSU..... data protocollo DSU

Anno di riferimento ISEE valore ISEE/ISEE Socio sanitario

Numero Carta d'Identità data del rilascio data di scadenza

Comune di rilascio.....

Documentazione da Allegare:

- Carta d'identità e codice fiscale del Dichiarante/ Utente;
- DSU E ISEE in corso di validità;
- Certificato medico;
- Certificato d'invalidità;
- Dichiarazione emolumenti.
- Copia del certificato di pensione (Modello Obis/M) dell'anno in corso.

Luogo e data _____

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento (UE) ri.2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016 (Regolamento GDPR).

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Luogo e data _____

Firma

(All. B)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Resa ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

DICHIARAZIONE TRATTAMENTI REDDITUALI AI SENSI DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 503 DEL 25/10/2019 E SS.MM.II. PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E VIGILANZA PRESSO LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
Prov. residente a
in Via/C.da n. cap.
in qualità di
del/la Sig./ra
consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che il/la Sig./ra percepisce mensilmente i seguenti trattamenti reddituali:

- Pensione di vecchiaia, importo mensile €..... ;
 - Pensione di anzianità, importo mensile €.....;
 - Pensione di invalidità, importo mensile €..... ;
 - Pensione per ciechi civili, importo mensile €..... ;
 - Pensione di reversibilità ○ senza contitolarità ○ con contitolarità per la percentuale del%
 - importo mensile €.....;
 - Pensione di guerra, importo mensile €..... ;
 - Pensione di reversibilità per pensione di guerra ○ senza contitolarità ○ con contitolarità per la percentuale del %, importo mensile €.....;
 - Pensione estera, importo mensile €..... ;
 - Vitalizio per, importo mensile €..... ;
- Indennità di accompagnamento per:
- invalidità civile

○ per cecità civile, importo mensile €

Indennità di o frequenza o di comunicazione, importo mensile €..... ;

Altro:, importo mensile €

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente dichiarazione, sono raccolti obbligatoriamente per il ricovero o la permanenza nella struttura, saranno trattati solo per i fini connessi alla posizione dell'interessato.

Pertanto, tali dati saranno trasmessi dall'Ufficio di Piano del Distretto Socio- Assistenziale n. 2 di San Marco Arg.no ad altri Enti sovracomunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano del Distretto Socio - Assistenziale n. 2 e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione e a trasmetterne la relativa documentazione.

Si Allega:

- copia documento di identità;
- attestato ISEE con relativa Dichiarazione unica:
 - **ISEE familiare per utenza adulti** (uomini e donne in difficoltà);
 - **ISEE familiare/minori** per utenza minori;
 - **ISEE socio-sanitario** per utenza disabili;
- **copia del Certificato di Pensione (Modello ObisM) dell'anno in corso;**
- copia cedolini mensili di pagamento;
- copia certificazione unica;
- copia dichiarazione dei redditi;
- copia documento che comprova l'accreditamento degli emolumenti;
- certificato redatto dal medico di base o specialista che ne attesti la compatibilità con la tipologia di struttura socio assistenziale.

....., lì

Firma

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

