(All. B)

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'AmbitoTerritoriale 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:

(All. B)

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.....

(All. B)

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

_____

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,

D I C H I A R A

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 sovraccomunali 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.