



Amministrazione destinataria

Comune di Andria

Ufficio destinatario

Servizio Socio Sanitario

## Domanda di accesso ai servizi di integrazione retta di ricovero

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### Stato civile

## CHIEDE

### Soggetto interessato

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									
<input type="text"/>									

l'accesso agli interventi socio assistenziali di carattere economico finalizzati all'integrazione retta di ricovero.

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e 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**

che il nucleo familiare del beneficiario della prestazione economica, è composto dalle seguenti persone che coabitano stabilmente con lo stesso

Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il beneficiario

altri parenti altrove domiciliati

Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il beneficiario

**che la situazione abitativa del beneficiario è la seguente**

**Situazione abitativa**

di abitare in casa di proprietà con il seguente valore catastale

**Valore catastale**

€

di abitare in alloggio con contratto di locazione

**Intestato a**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

**Data di registrazione**

**Canone mensile**

€

di abitare in alloggio con contratto di locazione non registrato

di abitare in uso gratuito presso immobile di proprietà

**Proprietario dell'immobile**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

di abitare in alloggio di proprietà

comunale

IACP

con canone mensile

regolarmente pagato

**Valore canone mensile**

€

non pagato dal

**Data**

altro (specificare)

**Situazione relativa al ricovero**

- già ricoverato presso una struttura
- verrà ricoverato presso una struttura
- che intende ricoverarsi presso una struttura

**Data inizio ricovero ( o presunto)****Denominazione struttura****Retta giornaliera (con retta limitatamente alla quota sociale in caso di struttura socio sanitaria)**

€

**Retta mensile (con retta limitatamente alla quota sociale in caso di struttura socio sanitaria)**

€

**Situazione reddituale** entrate derivanti da pensione (indicare qualsiasi tutela pensionistica comprese le invalidità civili) entrate derivanti da pensione di reversibilità entrate derivanti da assegno di accompagnamento entrate derivanti da altre rendite rendite finanziarie somme depositate in libretti di risparmio

Importo

€

 importo buoni postali

Importo

€

 importo titoli

Importo

€

 importo canoni di locazione

Importo

€

 altro (specificare)**Tipo di entrate****Decorrenza****Importo mensile**

€

**Importo annuo**

€

**Eventuali arretrati riscossi nell'anno precedente alla presentazione dell'istanza ovvero nell'anno in corso**

€

 eventuale delegato alla riscossione

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

**indicare il patrimonio mobiliare complessivamente posseduto dal soggetto alla data 31/12 dell'anno precedente alla presentazione della presente dichiarazione sostitutiva**

*(depositi bancari, titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comuni d'investimento)*

**Consistenza del patrimonio mobiliare**

**Descrizione intermediario o gestore**

**indicare il patrimonio immobiliare posseduto dal soggetto richiedente alla data del 31/12 dell'anno precedente alla presentazione della presente dichiarazione sostitutiva**

*(un cespite per ogni riga della tabella sottostante)*

Tipo di patrimonio	Situato nel Comune di	Percentuale posseduta	quota	Valore catastale o dominicale	Casa di abitazione (*)	Indisponibilità usufrutto o giudiziari	per vincoli
		%		€	<input type="checkbox"/>		
		%		€	<input type="checkbox"/>		
		%		€	<input type="checkbox"/>		
		%		€	<input type="checkbox"/>		
		%		€	<input type="checkbox"/>		
		%		€	<input type="checkbox"/>		
		%		€	<input type="checkbox"/>		

*(\*) selezionare solamente la casella relativa all'immobile dichiarato ed utilizzato come abitazione principale del nucleo familiare*

di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica

Protocollo INPS	Data di rilascio	Data fine validità

sulla cui base è stata rilasciata un'attestazione ISEE per l'anno in corso

**Importo ISEE**

€

**DICHIARA INOLTRE**

di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR n.445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio immobiliare

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

### Elenco degli allegati

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

copia dell'attestazione ISEE

copia del documento di identità

*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

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)*

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

Andria

Luogo

Data

il dichiarante