



Amministrazione destinataria

Comune di Alghero

Ufficio destinatario

## Domanda per il contributo economico per l'integrazione al costo della retta di ricovero in struttura residenziale

### Il sottoscritto

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

|              |              |
|--------------|--------------|
| Stato civile | Numero figli |
|--------------|--------------|

### Soggetto interessato

- per sè stesso  
 per il seguente soggetto

|                 |           |        |                  |        |                |       |       |                              |     |
|-----------------|-----------|--------|------------------|--------|----------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome         |           | Nome   |                  |        | Codice Fiscale |       |       |                              |     |
| Data di nascita |           | Sesso  | Luogo di nascita |        | Cittadinanza   |       |       |                              |     |
| Residenza       | Provincia | Comune | Indirizzo        | Civico | Barrato        | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |

### in qualità di (\*)

|       |
|-------|
| Ruolo |
|-------|

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

### 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

|  |
|--|
|  |
|--|

### CHIEDE

che l'Amministrazione comunale contribuisca al pagamento della retta di ricovero in favore del suddetto Beneficiario al fine di garantire il suo inserimento presso

- comunità alloggio
- comunità integrata
- strutture accreditate socio sanitarie di riabilitazione globale

Denominazione struttura

Sita in

In via

La cui retta mensile è di

€

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**

- di essere residente in Alghero o che la persona per cui si fa richiesta è residente in Alghero

| Provincia | Comune | Indirizzo | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC                      | CAP |
|-----------|--------|-----------|--------|---------|-------|-------|--------------------------|-----|
|           |        |           |        |         |       |       | <input type="checkbox"/> |     |

- che il proprio nucleo familiare è così composto

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Relazione di parentela | Professione |
|----------------|------------------|-----------------|------------------------|-------------|
|                |                  |                 |                        |             |
|                |                  |                 |                        |             |
|                |                  |                 |                        |             |
|                |                  |                 |                        |             |

- di essere ultra sessantacinquenne con non autosufficienza accertata dalla ASL di appartenenza
- di essere invalido civile ai sensi della Legge 118/71
- di essere portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3 co. 3 L. 104/92
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare è il seguente

Importo

€

- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE socio sanitario residenziale) del singolo fruitore della prestazione, disabile grave o ultra sessantacinquenne con non autosufficienza riconosciuta dalla ASL di appartenenza è pari a

Situazione economica equivalente

€

- di non essere titolare di redditi esenti IRPEF
- di essere titolare dei seguenti redditi esenti IRPEF

Tipologia del reddito importo annuo

Euro

pensione di Invalità civile, cecità, sordomutismo

€

indennità di accompagnamento

€

pensione sociale o assegno sociale

€

rendita INAIL per invalidità permanente o decesso

€

pensione di guerra o reversibilità di guerra

€

altre entrate o qualsiasi titolo percepite

€

Specificare

- di essere proprietario dei seguenti immobili

Tipologia di immobile

Comune

Quota posseduta

| Tipologia di immobile | Comune               | Quota posseduta      |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- di essere titolare dei seguenti beni mobili ( conti correnti bancari, libretto postale o simili) di seguito indicati

Descrizione

- di non avere trasferito beni (mobili e/o immobili) a titolo di donazione nei cinque anni precedenti la presente richiesta di integrazione retta
- di aver trasferito beni (mobili e/o immobili) a titolo di donazione nei cinque anni precedenti la presente richiesta di integrazione retta

- di non avere parenti o affini tenuti a prestare gli alimenti ai sensi dell'art. 433 e seguenti del codice civile
- di avere parenti o affini tenuti a prestare gli alimenti ai sensi dell'art. 433 e seguenti del codice civile

Cognome e nome

Grado di parentela

| Cognome e nome       | Grado di parentela   |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione relativa alle situazioni dichiarate nella presente.

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

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

- modulo Obis/M (certificato di pensione)
- copia del codice fiscale
- copia del certificato di invalidità civile
- copia della certificazione comprovante il riconoscimento di handicap grave
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### 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.

Alghero

Luogo

Data

il dichiarante