



Amministrazione destinataria  
Comune di Montorio al Vomano

Ufficio destinatario  
Ufficio politiche sociali, lavoro e casa

## Domanda di concorso alla spesa della quota di compartecipazione a carico dell'utente o del Comune di residenza per le prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale e semiresidenziale

*anno*

### 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			

### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)					

### 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

il consenso preventivo alla compartecipazione di cui al decreto regionale n. 6/reg del 23.12.2014, finalizzato alla relativa compartecipazione.

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**

la composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente interessato)

**componente n. 1**

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"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			

**componente n. 2**

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"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			

**componente n. 3**

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"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			

**componente n. 4**

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"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			

**componente n. 5**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela			

**componente n. 6**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Rapporto di parentela			

- componente aggiuntiva: Figli non compresi nel nucleo (indicati nella dichiarazione sostitutiva per ottenimento Attestazione Isee per prestazioni socio-sanitarie residenziali) tenuti al sostengo ai sensi dell'articolo 433 del C.C.

Nominativo	Codice fiscale	Residenza	Recapito telefonico

- che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) è interessato/a alla presente istanza in quanto si trova a beneficiare di in una delle seguenti condizioni

- prestazioni riabilitative semiresidenziali e residenziali di lungodegenza (mantenimento), in favore di disabili gravi, erogate dalle strutture ex articolo 26 L. 833/78 (Decreto del Commissario ad acta 8 agosto 2014, n. 92, così come modificato dal Decreto del Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 103)
- prestazioni residenziali, in favore di disabili, anziani non autosufficienti e pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze, erogate dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) (Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n.105)
- prestazioni residenziali in favore di persone inabili non curabili a domicilio e anziani non autosufficienti, disabili fisici, psichici, sensoriali, anormali psichici, erogate da strutture riconducibili attualmente alle Residenze Assistenziali (R.A.) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104)
- prestazioni socio-riabilitative residenziali in favore di persone con problemi psichiatrici, erogati da strutture a più alta/minore intensità assistenziale (Struttura semiprotetta – Casa famiglia di cui alle tipologie degli Allegati B e C della del. giunta reg. 877/2001) (Decreto Commissario ad acta 13 agosto 2014, n. 91, così come modificato dal Decreto Commissario ad acta 18 settembre 2014, n. 104)
- altro (specificare)

- che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione alla succitata prestazione ne beneficia in ragione della sottoindicata condizione

Codice tipologia presentazione	Target	Quota giornaliera a carico dell'utente o Comune
<input type="checkbox"/> A.1. Prestazioni riabilitative semiresidenziali	Disabile grave	
<input type="checkbox"/> A.2. Prestazioni riabilitative semiresidenziali	Disabile medio grave	
<input type="checkbox"/> A.3. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile grave	
<input type="checkbox"/> A.4. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile medio grave	
<input type="checkbox"/> A.5. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile grave privo del sostegno familiare	
<input type="checkbox"/> A.6. Prestazioni riabilitative residenziali	Disabile medio grave privo del sostegno familiare	
<input type="checkbox"/> altro <input type="text"/> <i>(specificare)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> B.1. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Anziani non autosufficienti	
<input type="checkbox"/> B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Anziani non autosufficienti	
<input type="checkbox"/> B.3. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia	Anziani non autosufficienti	
<input type="checkbox"/> B.4. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Disabili	
<input type="checkbox"/> B.5. Prestazioni residenziali in R.S.A. 2° Fascia	Disabili	
<input type="checkbox"/> B.6. Prestazioni residenziali in R.S.A. 3° Fascia	Disabili	
<input type="checkbox"/> B.7. B.2. Prestazioni residenziali in R.S.A. 1° Fascia	Pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze	
<input type="checkbox"/> altro <input type="text"/> <i>(specificare)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> C.1. Prestazioni residenziali in R.A.	Inabili non curabili a domicilio/anziani non autosufficienti	
<input type="checkbox"/> C.2. Prestazioni residenziali in R.A.	Disabili fisici, psichici, sensoriali privi di sostegno familiare	
<input type="checkbox"/> altro <input type="text"/> <i>(specificare)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D.1. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a più alta intensità assistenziale (Allegato B del. giunta reg. 877/2001) Persone con problemi psichiatrici

D.2. Prestazioni socio-riabilitative residenziali a minore intensità assistenziale (Allegato C del. giunta reg. 877/2001) Persone con problemi psichiatrici

altro (specificare)

che il richiedente (o la persona per la quale si presenta l'istanza) in relazione a quanto contenuto nell'art. 04 delle Linee guida di cui al Bura n. 52 del 31.12.2014, per ciò che attiene la condizione di disabilità, connota la propria condizione

per "disabili gravi" si intendono le persone con disabilità in possesso della certificazione di situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992. Per "persone con disabilità media, grave o non autosufficiente" si intendono, comunque, le persone per le quali sia stata accertata una delle condizioni descritte nella tabella di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 5 dicembre 2013 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)). La condizione di "non autosufficienza" è altresì accertabile dall'Unità di valutazione multidimensionale

per "disabili privi del sostegno familiare" si intendono i disabili, che abbiano perso il sostegno per decesso o per malattia o per abbandono di tutti i familiari tenuti agli alimenti ai sensi dell'articolo 433 del Codice civile, inteso come assenza naturale e giuridica o come ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, previo accertamento di tale condizione da parte del Servizio sociale professionale e/o dell'Unità di valutazione multidimensionale. Per i disabili non rientranti in tale casistica, si applicano le tariffe e le percentuali già stabilite per i disabili a seconda della fascia di appartenenza

altro (specificare)

che lo stesso/a risulta essere ospite/utente previa valutazione e autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), presso la seguente struttura accreditata

Nome struttura	Ubicazione struttura	Città struttura	Telefono struttura
Email struttura	Referente struttura		
Dal giorno	Al giorno	Anno	Altro

che l'utente percepisce le seguenti indennità economiche

Specifica	Importo mensile	
		€
		€
		€
		€
		€

- di aver corrisposto in favore della struttura le seguenti somme richieste a titolo di compartecipazione alla spesa socio-sanitaria

Spesa		Giorno
<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
<input type="text"/>	€	<input type="text"/>

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 certificato di invalidità civile
- copia verbale di accertamento ai sensi della legge n. 104/92
- copia ultimo verbale di valutazione e autorizzazione dell'U.V.M
- copia del documento d'identità del tutore legale
- 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.

Montorio al Vomano

Luogo

Data

il dichiarante