	Amministrazione destinataria Comune di Pescara Ufficio destinatario Servizio politiche sociali - famiglia e disabilità	

Domanda di integrazione di retta in strutture semiresidenziali

Il sottoscritto

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

Domicilio

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Soggetto interessato

○ per sè stesso

○ per la persona di seguito specificata

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

In qualità di (*)

In qualità di (*):
curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

CHIEDE

l'integrazione della retta relativa all' anno

Anno

si specifica che l'interessato risulta essere inserito dal

Data di ingresso in struttura

previa autorizzazione dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), presso la seguente struttura

Struttura sanitaria

○ residenza protetta/protetta disabile adulto

Nome struttura

Sede struttura							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

○ residenza sanitaria assistenziale

Nome struttura

Sede struttura							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

○ residenza sanitaria disabile adulto

Nome struttura

Sede struttura							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

○ semiresidenziale

Nome struttura

Sede struttura							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

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 in possesso di attestazione ISEE

Importo ISEE	Importo ISEE socio sanitario	Data presentazione DSU
€	€	

Numero protocollo DSU	Data scadenza certificazione

☐ ha fissato la residenza presso la struttura

Nome struttura	Dal

Sede struttura							
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
							☐	

☐ di non aver percepito altri contributi/ benefici da fondi della Pubblica Amministrazione per la medesima finalità

☐ di ricoprire la seguente posizione rispetto al possesso dell' invalidità civile e della Legge 05/02/1992 n. 104

☐ percepisce la seguente pensione di importo pari ad

ammontare mensile pensione
€

☐ di avere figli non conviventi

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Sesso	**Data di nascita**	**Luogo di nascita**		**Cittadinanza**				
Residenza								
Provincia	**Comune**	**Indirizzo**	**Civico**	**Barrato**	**Scala**	**Interno**	**SNC**	**CAP**
							☐	

☐ di avere ulteriori figli non conviventi

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Sesso	**Data di nascita**	**Luogo di nascita**		**Cittadinanza**				
Residenza								
Provincia	**Comune**	**Indirizzo**	**Civico**	**Barrato**	**Scala**	**Interno**	**SNC**	**CAP**
							☐	

☐ di avere ulteriori figli non conviventi

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
Sesso	**Data di nascita**	**Luogo di nascita**		**Cittadinanza**				
Residenza								
Provincia	**Comune**	**Indirizzo**	**Civico**	**Barrato**	**Scala**	**Interno**	**SNC**	**CAP**
							☐	

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente all'Ufficio competente del Comune di Pescara l'ottenimento della indennità di accompagnamento successivo alla data di presentazione della domanda

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati *(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*	
☑	copia documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario
☐	copia certificato invalidità civile (Legge 05/02/1992 n. 104)
☑	copia esito della Valutazione dell'UVM
☐	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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Pescara		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**