

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

Domanda per integrazione retta in strutture socio-sanitarie convenzionate ASL

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

Soggetto interessato											
<input type="radio"/>	per sè stesso										
<input type="radio"/>	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
										<input type="checkbox"/>	
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									
<input type="radio"/> residenza protetta/protetta disabile adulto									
Nome struttura									
Sede struttura									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> residenza sanitaria assistenziale									
Nome struttura									
Sede struttura									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> residenza sanitaria disabile adulto									
Nome struttura									
Sede struttura									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		
<input type="radio"/> semiresidenziale									
Nome struttura									
Sede struttura									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP	
							<input type="checkbox"/>		

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 residenziale	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	
							<input type="checkbox"/>		

- 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

Invalidità Civile		Indennità di accompagnamento		Legge 05/02/1992 n. 104	
Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso	Percentuale	Richiesta in corso
%		%		%	

- percepisce la seguente pensione di importo pari ad

ammontare mensile pensione
€

Elenco degli allegati

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario
<input type="checkbox"/>	copia certificato invalidità civile (Legge 05/02/1992 n. 104)
<input checked="" type="checkbox"/>	copia esito della Valutazione dell'UVM
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	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)

<input type="checkbox"/>	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