**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CIRO’MARINA**

****

ALL’UFFICIO DI PIANO DELL’ ATS DI CIRO’ MARINA

PEC: **comune.ciromarina@asmepec.it**

**Oggetto**: Presa in carico e ammissione integrazione retta ai sensi della D.G.R. n.503 del 25/10/2019 e relativo regolamento-Allegato “1” -e ss.mm.ii.

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,sesso (M o F)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente/domiciliato/aa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_

tel/cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta presso la struttura socio assistenziale denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di *(indicare con un segno di spunta*):

[ ] Diretto interessato;

[ ] Tutore di*(indicare il soggetto interessalo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[ ] Familiare*(indicare il grado di parentela):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Cognome \_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente/domiciliato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. (\_\_\_\_\_)

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tale proposito, così come previsto dall’Allegato “1” alla D.G.R. n.503/2019ss.mm.ii., si acclude alla presente istanza debitamente compilata e sottoscritta, a pena di esclusione la documentazione di seguito indicata:

1. Verbale di nomina di Amministratore di sostegno/tutore/curatore speciale (se presente);
2. Attestazione ISEE (socio sanitario – familiare - minori) in corso di validità del nucleo familiare;
3. Copia del verbale di invalidità civile;
4. Copia del certificato attestante la condizione di disabilità ai sensi della legge 104/92;
5. Modello ObisM anno 2025;
6. Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. n. 445/2000 attestante la situazione finanziaria e patrimoniale dell’interessato relativa all’anno in cui viene presentata la richiesta (situazione reddituale dell’interessato e/o del nucleo familiare, pensioni, indennità percepite a qualsiasi titolo);tutte le pensioni e le indennità percepite a qualsiasi titolo (**ALLEGATO B**);
7. Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R.n. 445/2000 (**ALLEGATO C**) con la quale vengono indicati i soggetti civilmente obbligati ai sensi dell’art. 433 del Codice Civile, o con la quale viene dichiarato l’inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice Civile;
8. L’impegno a comunicare di poter utilizzare per l’integrazione della retta dell’assistito le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo (emolumenti, indennità di accompagna-mento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità, rendite INAIL, ect) e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento del servizio nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano (**ALLEGATO D**);
9. Certificato medico-relazione sanitaria,redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulta la compatibilità all'inserimento in struttura socio-assistenziale;
10. Copia provvedimento dell’Autorità Giudiziaria che ha disposto l'inserimento in struttura (se presente);
11. Dichiarazione sostitutiva di certificazione della residenza e dello stato di famiglia (**ALLEGATO E**) resa ai sensi dell’art. 46 del D.P.R.445/2000.

 ,

 Luogo e Data FIRMA DEL RICHIEDENTE

 (Per esteso e leggibile)