



Città di
Spoltore

SETTORE I
Servizi alla persona

COMUNE DI SPOLTORE
UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI
VIA G. DI MARZIO, 66
65010 SPOLTORE

Oggetto: Richiesta compartecipazione al pagamento della retta socio-sanitaria. Anno 2017.

Il/la sottoscritto/a _____
Noto/a a _____ il _____
Residente a _____ via _____
C.F.: _____, recapito tel: _____

Chiede la compartecipazione, da parte del Comune di Spoltore, al costo delle prestazioni socio-sanitarie per degenza in _____,

- RESIDENZIALE
- SEMIRESIDENZIALE

Per se medesimo, oppure, in qualità di genitore/figlio/tutore/coniuge/altro (specificare) _____, per l'utente:

Cognome	Nome
---------	------

Dichiara, ai sensi del DPR 445/00 che (indicare i dati dell'utente ricoverato)

Cognome _____ Nome _____, nato a _____ il ___/___/___, codice fiscale: _____

- È residente a Spoltore dal _____, in via _____ n. _____;
- È ricoverato/a presso la struttura (nome struttura e indirizzo): _____
dal giorno _____;
- L'importo della retta pagata è pari a euro _____;
- Percepisce l'indennità di accompagnamento sì no
Nel caso di risposta affermativa indicare l'importo _____;
- Percepisce la seguente pensione: _____ di importo pari ad euro _____;
- Di voler mantenere, per spese personali, il 30% del trattamento minimo pensionistico Inps.

Allega alla presente i seguenti documenti:

- 1) Copia del documento di identità del richiedente;



città migliore



- 2) Copia del documento di identità dell'utente;
- 3) ISEE in corso di validità relativo a prestazioni socio sanitarie residenziali, nel caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura residenziale, oppure dall'ISEE relativo a prestazioni socio sanitarie escluse le residenziali, nel diverso caso in cui l'utente si trovi inserito in una struttura semi-residenziale.
- 4) Altro (specificare) _____;

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che, qualora la presente richiesta non venga compilata in tutte le sue parti, non potrà darsi corso all'istruttoria della stessa a causa della mancanza dei dati necessarie per l'istruttoria medesima.

Spoltore, _____

Firma

Informativa concernente il trattamento dei dati personali.

Il/la sottoscritto/a dichiaro/a di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003, che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Spoltore per l'erogazione della prestazione in oggetto e potranno essere comunicati a terzi per la medesima finalità, sempre nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003. Dichiaro altresì di essere informato che il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Spoltore e rilascia il consenso al trattamento dei dati.

Firma

Il/la sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il Comune di Spoltore effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti e autorità a questo preposte.

Firma
