

Al Consorzio CO.I.SE.S. Sud Pontino LT5
Ufficio di Piano Lt/5/R.S.A.
rsalt5@coises.it

DOMANDA TRASMESSA:

- all'Ufficio di Piano LT5/Ufficio R.S.A. Consorzio CO.I.SE.S. Sud Pontino LT5
- al Comune di residenza _____
- al P.U.A. LT5

OGGETTO: DOMANDA DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SOCIALE PER INSERIMENTO IN

- RSA
- STRUTTURE RIABILITATIVE DI MANTENIMENTO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ PV (_____) il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ dal _____
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____
Email _____

CHIEDE

La compartecipazione del Consorzio CO.I.SE.S alla spesa sociale per ospiti presso RSA o Strutture riabilitative di mantenimento:

- per se
- in qualità di coniuge
- figlio
- tutore
- amministratore di sostegno
- Altro _____

del Sig./ della Sig.ra _____
nato/a _____ PV (_____) il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ dal _____
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____

Email _____

All'uopo, DICHIARA

- di aver avuto accesso ai trattamenti residenziali/semiresidenziali di mantenimento, a seguito di valutazione multidimensionale da parte dell'équipe distrettuale multiprofessionale e multidisciplinare (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale - UVMD) in data _____;
- di essere già ospite presso:
 - una RSA dal _____ Denominazione struttura _____ Mail _____
 - una Struttura riabilitative di mantenimento dal _____ Denominazione struttura _____ Mail _____
- di NON essere ancora ospite presso una RSA o presso una struttura riabilitative di mantenimento;
- di avere una attestazione "ISEE sociosanitario residenziale" di valore non superiore a € 20.000,00. *Per coloro che non abbiano ottenuto il riconoscimento formale del grado di disabilità-non autosufficienza da parte delle autorità competenti (Allegato 3 al DPCM 159/2013 e smi), è possibile – nelle more del riconoscimento della non autosufficienza – utilizzare l'ISEE ordinario;*
- di essere titolare di indennità di accompagnamento
- di NON essere titolare di indennità di accompagnamento, ma di aver presentato domanda in data _____

Inoltre, Dichiaro che

- All'inizio di ciascuna annualità di contribuzione, gli utenti già in carico – per i quali l'ente preposto risulta già informato della necessità di provvedere all'integrazione della retta – dovranno provvedere alla presentazione della documentazione ISEE aggiornata all'annualità in corso, al fine di poter procedere alla verifica della permanenza dei requisiti di natura economica previsti dalla normativa regionale e al ricalcolo delle quote di compartecipazione;
- Nel caso in cui la compartecipazione venga attivata in data antecedente al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, gli arretrati di detta indennità relativi al periodo per il quale è già stata concessa la compartecipazione alla spesa, successivamente al riconoscimento della stessa, devono essere versati al Consorzio che ha integrato la retta;
- Per gli utenti con ISEE superiore a 20.000,00 euro la struttura fattura la quota sanitaria alla ASL e la quota sociale al cittadino;
- Per gli utenti con ISEE inferiore a 20.000,00 euro la struttura fattura:
 - la quota sanitaria alla ASL;
 - la quota dovuta dall'utente (come calcolata dal Consorzio CO.I.SE.S. Sud Pontino LT5) al cittadino stesso;
 - la quota restante al Consorzio;
- L'utente è tenuto ad informare tempestivamente la struttura riabilitativa erogatrice e a produrre, entro 48h, la certificazione medica in caso di malattia, ovvero l'autocertificazione in caso di assenza per motivi personali/familiari;

Allega

- Copia del documento di identità e codice fiscale del richiedente e dell'utente;
- Eventuale provvedimento di nomina del Giudice in caso di Amministratore di Sostegno o Tutore;
- Attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo e data, _____

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto a quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000. Inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere art. 75 DPR 445/2000.

Luogo e data, _____

Firma

INFORMATIVA PRIVACY art 13 679/2016 e D.Lgs 196/03 s.m.i.

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali, per le finalità connesse alla gestione dei servizi sociali e istruzione da parte del Titolare del trattamento dei Dati. I dati personali sono acquisiti direttamente dall'Interessato e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Consorzio CO.I.SE.S Sud Pontino LT5, che tratterà i dati per dar seguito alla richiesta e per l'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e legali, avvalendosi anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati.

Luogo e data, _____

Firma
