



Amministrazione destinataria
Comune di Fiesso d'Artico

Ufficio destinatario
Ufficio Assistenza Sociale Anziani

Domanda di intervento economico per integrazione della retta dei centri di servizio

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

CHIEDE

- per sè stesso
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

medico di medicina generale

Medico

un contributo economico per l'integrazione retta di ospitalità del Centro di Servizio di

Descrizione

in quanto le condizioni economiche non consentono la copertura totale della spesa del Centro di Servizio.

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 titolare, alla data della sottoscrizione della presente, delle seguenti entrate, redditi, patrimonio immobiliare e mobiliare

- pensione di invalidità

Importo mensile

€

- indennità di accompagnamento

Importo mensile

€

- reddito da lavoro dipendente

Importo (Ultime tre buste paga)

€

- pensione di reversibilità o altre pensioni

Importo mensile

€

- fabbricati rendita annua

Importo

€

- fabbricati rendita annua

Importo

€

- depositi bancari o postali, investimenti

Importo

€

- altri redditi

Specificare

Importo mensile

€

- di abitare in un alloggio

di proprietà

di proprietà con un mutuo mensile di

Importo

€

in affitto con canone mensile di

Importo

€

in usufrutto

altro (specificare)

Specificare

- di avere un finanziamento con

Specificare

Rateo mensile

€

Fino al

- di essere proprietario dei seguenti autoveicoli, barche, natanti, camper, roulotte, motocicli

Targa	Cilindrata	Data immatricolazione

DICHIARA INOLTRE

- di non avere parenti civilmente obbligati agli alimenti
- che tutti gli obbligati agli alimenti non sono nella condizione di supportare totalmente il costo della retta di ospitalità in struttura (indicare tutti gli obbligati agli alimenti secondo il seguente ordine: coniuge, figli o in loro mancanza discendenti prossimi, genitori, generi/nuore, suocero/suocera, fratelli/sorelle)

coniuge

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

- compartecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

- non può compartecipare all'integrazione della retta

figlio

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

compartecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

non può compartecipare all'integrazione della retta

figlio

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

compartecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

non può compartecipare all'integrazione della retta

nipote

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

compartecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

non può compartecipare all'integrazione della retta

genitore

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

compartecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

non può partecipare all'integrazione della retta

genero/nuora

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

partecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

non può partecipare all'integrazione della retta

Fiesso d'Artico

Luogo

Data

Il dichiarante

fratello/sorella

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

compartecipa all'integrazione della retta con il seguente importo

Importo

€

non può compartecipare all'integrazione della retta

importo complessivo di compartecipazione all'integrazione della retta di tutti gli obbligati agli elementi

Importo

€

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza del Regolamento in materia di Servizi Sociali e Scolastici approvato con deliberazione del C.C. n. 52 del 26.11.2020 e in particolare al Capo IV dell'art. 22.4 in caso di presenza di patrimonio immobiliare e/o terreni
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale ha sottoscritto apposito Protocollo d'intesa con la Guardia di Finanza della Regione Veneto ai fini delle verifiche da effettuare sulla posizione reddituale e patrimoniale dei nuclei familiari beneficiari di prestazioni sociali agevolate
- di essere informato che il Comune, ai sensi del DM 206/2014 è tenuto a trasmettere telematicamente all'INPS tutte le prestazioni sociali agevolate condizionate all' ISEE per la costituzione di una banca dati alla quale avranno accesso per finalità di controllo anche l'Agenzia delle Entrate e la Guardia di Finanza
- di impegnarsi in caso di accoglimento della presente, a segnalare codesta amministrazione comunale, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente e si impegna a rimborsare al Comune tutte le somme anticipate per l'integrazione economica della retta, nel caso in cui venga accertata anche a distanza di tempo, la sussistenza di altri redditi/entrate non dichiarati

COMUNICA

in caso di accoglimento della domanda, quale titolare della quietanza

sé medesimo con le seguenti modalità

accredito in conto corrente

IBAN

mandato di pagamento presso la tesoreria comunale

la seguente persona

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- attestazione ISEE SOCIO SANITARIO RESIDENZIALE
(comprensiva di eventuale componente aggiuntiva dei figli non conviventi)
- attestazioni di Entrate/Redditi, Patrimonio mobiliare e immobiliare dichiarati
- attestazioni ISEE di tutti gli obbligati agli alimenti
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.