

**OGGETTO: Richiesta di autorizzazione al ricovero e contributo economico ad integrazione rette di ricovero.**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_a\_\_ \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

richiede l'autorizzazione al ricovero presso l'Istituto \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

telefono n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- con spesa a totale carico del/la ricoverato/a e dei famigliari tenuti agli alimenti;  
 con il concorso del Comune per il pagamento della retta.

A tale scopo sotto la sua personale responsabilità fornisce le notizie riportate sul presente modulo allegando la seguente documentazione:

- certificato medico della persona per cui si richiede il ricovero in struttura;  
 certificato pensioni anni in corso (Mod. O Bis M) della persona per cui si richiede la presente autorizzazione;  
 dichiarazione sostitutiva unica della persona richiedente l'autorizzazione al ricovero e dei famigliari tenuti agli alimenti, presentata ai sensi del D. Lgs. n. 109/1998 e successive modificazioni relativa all'anno \_\_\_\_\_  
 oppure copia della attestazione ISEE del \_\_\_\_\_ rilasciata dall'INPS relativa ai redditi dei famigliari dell'anno \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DEL RICOVERANDO

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci, dichiara:

di essere titolare dei seguenti importi pensionistici

ENTE EROGATORE	CATEGORIA	IMPORTO MENSILE

di essere titolare, nei confronti dei sottoelencati immobili, dei seguenti diritti

COMUNE ED INDIRIZZO	PROPRIETA'/COMPROPRIETA' USUFRUTTO	ATTUALE DESTINAZIONE

di possedere altri redditi non pensionistici pari ad € \_\_\_\_\_

di possedere i seguenti risparmi (c/c bancario/postale, libretto bancario/postale, titoli, di stato o altri, fondi di investimento, ecc...) per un importo pari ad € \_\_\_\_\_

di aver venduto/donato in data \_\_\_\_\_ i seguenti immobili \_\_\_\_\_

### Informazioni sulla indennità di accompagnamento

è stata fatta richiesta in data \_\_\_\_\_

è stata visitato in data \_\_\_\_\_

è già in possesso dalla data \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali forniti dal richiedente con la presente istanza, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (*"Codice in materia di protezione dei dati personali"*), sono trattati dal Comune di Vasto sia con mezzi informatici che cartacei, ai soli fini dell'espletamento del procedimento oggetto della presente richiesta e degli eventuali procedimenti connessi. Il trattamento dei dati avverrà in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza. I dati contenuti nella presente istanza potranno essere comunicati ad altri Enti pubblici, alle A. USL, alle Aziende ospedaliere, alla RAS, nonché alle cooperative sociali, agli organismi di volontariato e alle altre associazioni del terzo settore unicamente per i fini connessi al procedimento oggetto della presente richiesta. La comunicazione dei dati è facoltativa, ma necessaria ed indispensabile per lo svolgimento della presente istruttoria.

La mancata indicazione dei dati può comportare la non concessione dell'intervento richiesto. Sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai dati personali, di richiederne l'aggiornamento, la rettificazione e/o l'integrazione degli stessi se incompleti e/o erronei, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

Letto, confermato, sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

L' Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_

Il tutore \_\_\_\_\_

Il familiare di riferimento \_\_\_\_\_

### **Allegati:**

- copia documento d'identità in corso di validità;
- documentazione attestante la spesa da effettuare;
- dichiarazione sulla Situazione Economica Equivalente (ISEE) del destinatario dell'intervento, del nucleo familiare se risulta convivente con esso e degli altri soggetti tenuti all'obbligo degli alimenti;
- attestazioni e/o certificazioni inerenti il livello reddituale complessivo, la titolarità di beni mobili e immobili idonei a consentire la valutazione dell'entità della compartecipazione economica, secondo i criteri previsti dall'art. 4;
- copia del verbale della commissione medica per il riconoscimento di invalidità e/o indennità;
- eventuale certificazione sanitaria attestante la necessità di una collocazione assistenziale protetta;
- altro: \_\_\_\_\_

Dichiaro che la sottoscrizione di cui sopra è stata apposta in mia presenza, previa identificazione personale del sottoscrittore mediante il seguente documento d'identità:

tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

il ricevente \_\_\_\_\_