

Amministrazione destinataria

Comune di Rubano



Ufficio destinatario

Domanda di integrazione della quota sociale per persone seguite dal Dipartimento di salute mentale

Il sottoscritto

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"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>			

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

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"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

in qualità di (*)

Ruolo

In qualità di (*):

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

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

un contributo per la compartecipazione alla spesa sociale, come stabilito dagli artt. 2-3 del "Regolamento comunale per la compartecipazione alla spesa sociale delle persone seguite dal Dipartimento di Salute Mentale inserite in comunità alloggio e gruppi appartamenti", di cui alla delibera di Consiglio Comunale del 28.09.2021 n. 38.

Ai fini

- di inserimento in comunità alloggio
- di inserimento in gruppi appartamenti

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

- ISEE socio-sanitario residenziale per persone maggiorenni in corso di validità

Valore ISEE		Data di presentazione	
	€		
Rispetto			
<input type="radio"/> alla propria situazione reddituale e patrimoniale			
<input type="radio"/> alla situazione reddituale e patrimoniale di			
Cognome		Nome	

- titolarità delle seguenti provvidenze economiche riferite all'anno in corso

Ente erogatore o categoria	Importo mensile netto	€	Importo tredicesima	€
		€		€
		€		€
		€		€

- informazioni sull'invalidità civile

Data in cui è stata fatta richiesta	Data in cui è stato visitato	Data da cui è in possesso

- titolarità, nei confronti dei sotto elencati immobili, dei seguenti diritti

Diritti

risparmi (depositi e conti correnti bancari e postali, Titoli di Stato, certificati di deposito e credito, buoni fruttiferi, azioni, fondi di Investimento, ecc.) per un importo alla data della domanda

Importo

€

altro

Specificare

- di impegnarsi a comunicare, tempestivamente ai servizi sociali del Comune qualsiasi eventuale cambiamento, qualsiasi mutamento delle condizioni reddituali e patrimoniali, compreso il riconoscimento di eventuali ulteriori emolumenti pensionistici (compresi gli arretrati), nonché l'avvenuta rinuncia o accettazione di eredità o legati

COMUNICA

le informazioni sulla situazione familiare del richiedente la compartecipazione alla spesa sociale

Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita	Indirizzo	Comune	Telefono

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)

- copia dell'attestazione ISEE
- documentazione attestante lo stato di invalidità
- verbale UVMD
- documentazione attestante le provvidenze economiche percepite
- 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.

Rubano

Luogo

Data

il dichiarante