

**AL COMUNE DI** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pec** \_\_\_\_\_

**AL COMUNE DI VIBO VALENTIA  
COMUNE CAPO AMBITO TERRITORIALE**

**UFFICIO PUA**

**PEC protocollocomunevibo@pec.it**

**Oggetto: Presa in carico e ammissione a beneficio/retta per servizi socioassistenziali.**

Il/La sottoscritto/a _____	nato/a a _____
il _____/_____/_____,	C.F. _____
residente a _____ in piazza/via _____ n. _____	
tel./cell. _____, e-mail _____;	

con la presente in qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

- Diretto interessato;**  
 **Familiare** (*indicare il grado di parentela*): \_\_\_\_\_  
 **Tutore/Amministratore di sostegno**  
 **Altro** (*specificare*) \_\_\_\_\_

**di** (*indicare il soggetto interessato*):

Cognome _____	Nome _____
C.F. _____/_____/_____,	nato/a a _____
prov. _____ sesso (M o F) il _____	residente/domiciliato/a a _____
prov. _____ indirizzo _____	C.A.P. _____
tel./cell. _____	e-mail _____;

**CHIEDE**

- la presa in carico**  
 **l'ammissione all'integrazione della retta**

per l'accesso ai servizi socioassistenziali erogati dall'Ambito Territoriale Sociale di Vibo Valentia:

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
 SERVIZIO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 SERVIZIO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
 SERVIZIO DI TRASPORTO SOCIALE

<sup>1</sup> Per la libera scelta, il richiedente può identificare la struttura autorizzata e accreditata ai sensi della DGR 503/2019 e s.m.i..

<sup>2</sup> Per la libera scelta, il richiedente può identificare la struttura autorizzata e accreditata ai sensi della DGR 503/2019 e s.m.i..

**ALTRO** (specificare) \_\_\_\_\_

A tale proposito, dichiara:

- di essere consapevole che la presa in carico e l'eventuale ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed economiche, ed altresì qualora si ravvisi la necessità di un intervento integrato mediate valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM, per come previsto dalla normativa in vigore;
- che i servizi forniti dall'Ambito sono erogati mediante risorse a valere su Fondi europei, nazionali, regionali e locali (es. FNPS, FRPS, FNA, c.d. "Dopo di Noi", c.d. "Cargiver", PAC, PON, ecc.);
- che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili annue.

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato<sup>3</sup>;
2. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all'anno in corso;
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, con la quale vengono indicati i soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice civile o con la quale viene dichiarato l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice civile;
4. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;
5. Copia verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dall'INPS sull'accertamento dell'invalidità civile;
6. copia Verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dall'INPS per il riconoscimento delle condizioni di disabilità (L.104/92)
7. Copia modello Obis-M<sup>4</sup>;
8. Certificato medico - relazione sanitaria, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulta la compatibilità all'inserimento in struttura socioassistenziale.
9. Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;
10. Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;
11. Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;
12. Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza.

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> L'accesso dell'utenza disabile ai servizi semiresidenziali deve avvenire tenendo in considerazione l'ISEE di riferimento (quindi sociosanitario per gli adulti e familiare o minori per i minorenni) con esclusione della franchigia e in virtù dell'ISEE "iniziale" e "finale" per l'accesso o l'esclusione dal meccanismo di compartecipazione;

L'accesso dell'utenza ai servizi di assistenza domiciliare deve avvenire, a secondo dell'utenza che ne fa istanza, attraverso "ISEE" familiare per utenti adulti, sociosanitario per disabili, determinando la gratuità delle prestazioni rese a favore di minori,

<sup>4</sup> da produrre per i servizi semiresidenziali e residenziali.

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in piazza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

con la presente in qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

- Diretto interessato;**

**Familiare** (*indicare il grado di parentela*): \_\_\_\_\_

**Tutore/Amministratore di Sostegno**

**Altro** (*specificare*) \_\_\_\_\_

di (*indicare il soggetto interessato*):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ sesso (M o F) il \_\_\_\_\_ residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ ;

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

\* (indicare con un segno di spunta)

1. \_\_\_\_\_  
Che la **situazione reddituale e/o economica** per l'anno \_\_\_\_\_ è la seguente:  
*(ultima dichiarazione presentata)*

	<u>Reddito proprio</u>	<u>Reddito complessivo di tutto il nucleo familiare</u>
<b>REDDITO LORDO</b>		
<b>REDDITO NETTO</b>		

Che la **situazione patrimoniale** è quella risultante nel mod. ISEE corrente dell'anno \_\_\_\_\_.

### Firma del richiedente

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in piazza/via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;

con la presente in qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

- Diretto interessato;**
  - Familiare**(indicare il grado di parentela): \_\_\_\_\_
  - Tutore/Amministratore di Sostegno**
  - Altro** (specificare) \_\_\_\_\_

di (*indicare il soggetto interessato*):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ sesso (M o F) il \_\_\_\_\_ residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

\* (indicare con un segno di spunta)

- che i parenti civilmente obbligati di cui art. 433 del Codice civile\*

del/la Sig. \_\_\_\_\_ sono: \_\_\_\_\_

Nome e cognome	Nato a	Il	Relazione di parentela

- l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice civile;

Firma del richiedente

Lima del Noroeste

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**Allegato:** Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

**\* Art. 433 Codice civile**

**Persone obbligate: all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine:**

- 1) il coniuge
- 2) i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;
- 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti.
- 4) i generi e le nuore;
- 5) il suocero e la suocera;
- 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali; con precedenza dei germani sugli unilaterali.

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – esente da bollo ai sensi dell'Art. 37 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

con la presente in qualità di (*indicare con un segno di spunta*):

- Diretto interessato;**

**Familiare** (*indicare il grado di parentela*): \_\_\_\_\_

**Tutore/Amministratore di Sostegno**

**Altro** (*specificare*) \_\_\_\_\_

di (*indicare il soggetto interessato*): \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

**D'impegnarsi** a comunicare, per l'integrazione della retta, le somme che a qualsiasi titolo, in seguito, divenga titolare (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati, ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano.

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**Allegato:** Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000, art. 38)

**Certificato Medico e/o Relazione del Medico curante o Specialista che certifichi lo stato  
di salute e la coerenza dell'utente con il servizio socioassistenziale richiesto.**  
*(allegare certificato)*