

ALLEGATO "B"
DOMANDA DI SOSTEGNO AL PAGAMENTO RETTE CASA RESIDENZA ANZIANI
ACCREDITATI DEL DISTRETTO DI LEVANTE
(ai sensi della DGR 1621/2024 ed a integrazione della DGR 1030/2024)

Al Comune di
indirizzo: _____
pec : _____

Il sig./La sig.ra _____
nato/a _____ () il _____
Cittadinanza _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
Tel _____
e-mail _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

- per se stesso/a
oppure in qualità di:
 Familiare
 Tutore o amministratore di sostegno
 Altro (specificare) _____,
 Erede _____,

(in caso di beneficiario deceduto, la richiesta può essere inoltrata da uno degli eredi, il quale dovrà auto-certificare la propria condizione ed allegare l'autorizzazione di tutti gli ulteriori eredi, di seguito indicati, al versamento sul c/c indicato del beneficio economico)
elencare tutti gli ulteriori eredi:

_____ ,

del/la sig./ sig.ra _____,
nato/a _____, il _____, residente a _____,
(Prov.) _____ in via _____, n. _____,
Tel _____,

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

IL BENEFICIO di cui alla DGR 1621/2024 ALLA PERSONA RICOVERATA PRESSO la /le
"Casa Residenza anziani" accreditata/e denominata/e:

(in caso di ricovero in più di una CRA nel periodo dal 1 gennaio 2024, indicare denominazione e relativo periodo di degenza presso ciascuna).

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendaci, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 47 e 48 del citato decreto e sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

di possedere un ISEE sociosanitario residenza in corso di validità sottoscritta in data _____ dal valore di € _____;

di essere a conoscenza che l'Amministrazione comunale, ai sensi del dispositivo dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, potrà procedere ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive prodotte;

In particolare, saranno prioritariamente sottoposte a controllo, tutte le dichiarazioni I.S.E./I.S.E.E. inattendibili ed in particolare:

-ISEE pari a 0

-Somma redditi del nucleo a fini isee inferiore al minimo pensionistico INPS riferito all'anno di competenza dei redditi dichiarati

di non aver usufruito, anche se rientranti nelle fasce ISEE di cui alla DGR 1621/2024, del contributo a copertura totale della quota utente o ad integrazione della quota utente oppure

di aver beneficiato di un intervento ad integrazione della quota utente inferiore a quella spettante secondo i criteri indicati dalla succitata DGR 1621/2024 pari ad euro _____

Si allega alla domanda la seguente documentazione utile ai fini istruttori:

DSU-attestazione ISE/ISEE

altro _____

DICHIARA

Ai fini della corretta quantificazione del beneficio spettante, che:

1) nel periodo compreso fra il 1 gennaio 2024 ed il 30 settembre 2024 è stato/a ospite presso la/e seguente/i CRA accreditate

Casa Residenza anziani _____ dal _____ al _____

Casa Residenza anziani _____ dal _____ al _____

Casa Residenza anziani _____ dal _____ al _____

per un totale di _____ giornate (indicare il numero complessivo).

2) è ospite della Casa Residenza anziani _____ su posto di lunga permanenza.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Dichiaro di essere titolare di Conto Corrente Bancario o Postale pertanto i pagamenti dovranno essere effettuati sul seguente Conto:

Intestato a: _____

IBAN (compilare in stampatello leggibile)

IBAN		Cin		Cin		ABI				CAB				n. conto								
Paese		Eu		It																		

Luogo e data.....

FIRMA (richiedente).....

In caso di firma autografa del richiedente, allegare copia di documento di identità in corso di validità