

Modello 1

AL CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA
VIA RIOSOLE, 31
02047 POGGIO MIRTETO
ConsorzioRI2@pec.bassasabinasociale.it

OGGETTO: **AVVISO PUBBLICO 2574 DEL 4.11.2025. RICHIESTA DI CONCESSIONE DI SUSSIDI ECONOMICI PER L'INTEGRAZIONE DELLE RETTE DI RICOVERO IN STRUTTURE RESIDENZIALI – PERIODO DAL PRIMO OTTOBRE 2024 AL 30 SETTEMBRE 2025.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____

CODICE FISCALE _____ TELEFONO N. _____

☐ PER SE MEDESIMO

☐ PER IL/LA SIGNOR/A _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____

CODICE FISCALE _____ CON IL QUALE IL RICHIEDENTE È LEGATO DAL SEGUENTE VINCOLO DI

PARENTELA _____ (FIGLIO/A, PADRE, MADRE, TUTORE, FRATELLO, SORELLA, ALTRO),

VISTO L'AVVISO PUBBLICO PROT. N. 2574 DEL 04.11.2025 CON IL QUALE È DATA COMUNICAZIONE DELL'ATTIVAZIONE DI SUSSIDI ECONOMICI PER L'INTEGRAZIONE DELLE RETTE DI RICOVERO IN STRUTTURE RESIDENZIALI A FAVORE DI CITTADINI ULTRASessantacinquenni O CON DISABILITÀ GRAVE EX L. 104/1992 ART. 3 C. 3, RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIALE DELLA BASSA SABINA

CHIEDE

il riconoscimento del contributo economico integrativo delle rette di ricovero per il periodo dal primo ottobre 2024 al 30 settembre 2025.

a tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, e che qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____ :

1. È STATO/A RICOVERATO/A NEL PERIODO DAL PRIMO OTTOBRE 2024 AL 30 SETTEMBRE 2025 PRESSO LA STRUTTURA RESIDENZIALE _____ SITA IN _____ DAL _____ AL _____

2. HA CORRISPONTO PER LO STESSO PERIODO ALLA PREDETTA STRUTTURA RESIDENZIALE LA SOMMA MENSILE DI EURO _____;

3. HA PERCEPITO NELL'ANNO 2025 INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO ☐ SI ☐ NO

4. HA I SEGUENTI PARENTI AVENTI ISEE INFERIORE AL MINIMO VITALE ANNUO INPS PER L'ANNO 2025 (EURO 8.016,71):

- FRATELLI E/O SORELLE ☐ SI ☐ NO
- GENITORI ☐ SI ☐ NO
- FIGLI E/O FIGLIE ☐ SI ☐ NO

DEI QUALI ALLEGA LA RELATIVA ATTESTAZIONE ISEE, NECESSARIA NEL SOLO CASO IN CUI L'INTERESSATO RITENGA DI TROVARSI NELLA CONDIZIONE DELL'ULTIMO PERIODO DEL PAR. C, PUNTO 3 LETT. A AVVISO PUBBLICO PROT. N. 2574/2025;

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE GRADUATORIE DEGLI AMMESSI, DEI NON AMMESSI E DEGLI ASSEGNATARI DEL CONTRIBUTO SARANNO PUBBLICATE ESCLUSIVAMENTE ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DEL CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA SUL SITO WWW.BASSASABINASOCIALE.IT SECONDO LE MODALITÀ DESCRITTE ALLA LETTERA F. DELL'AVVISO PUBBLICO PROT. N. 2574/2025;

CHIEDE CHE LE INFORMAZIONI RELATIVE AL PROCEDIMENTO IN OGGETTO VENGANO COMUNICATE A:

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO EMAIL _____

TEL. _____

ALLEGA:

- A. ATTESTAZIONE *ISEE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI PER PERSONE MAGGIORENNI*, DEL POTENZIALE BENEFICIARIO IN CORSO DI VALIDITÀ;
- B. EVENTUALE CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE DI GRAVE DISABILITÀ AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992;
- C. ATTESTAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA RESIDENZIALE OSPITANTE (*Modello 2*)
- D. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL POTENZIALE BENEFICIARIO E DELL'EVENTUALE RICHIEDENTE
- E. EVENTUALMENTE: ATTESTAZIONE ISEE DEI PARENTI DI CUI AL PARAGRAFO C PUNTO 3, LETT. A AVVISO PUBBLICO PROT. N. 2574/2025

DATA _____

FIRMA

AUTOCERTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA**(D.P.R. 445/2000)****(da allegare alla richiesta di contributo per l'integrazione delle rette ai sensi dell'avviso pubblico prot. 2574/2025)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

IL _____ CODICE FISCALE _____ ,

TEL. _____ E-MAIL _____

IN QUALITÀ DI **LEGALE RAPPRESENTANTE** DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE :

nome e ragione sociale _____

cod. fiscale – Partita IVA _____

Indirizzo – Recapito telefonico _____

DICHIARA che:**1. PER IL PERIODO DAL PRIMO OTTOBRE 2024 AL 30 SETTEMBRE 2025:**

- HA OSPITATO DAL _____ AL _____
IL _____ SIG./SIG.RA _____ NATA/O _____ A _____
IL _____ , RESIDENTE IN _____
VIA/PIAZZA _____
- LA RETTA MENSILE NEL PERIODO SOPRA INDICATO POSTA A CARICO DELL'ASSISTITO/A È DI EURO _____
MENSILI

2. CHE LA STRUTTURA È ISCRITTA AL REGISTRO DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE CHE PRESTANO SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI NELLA REGIONE LAZIO, AI SENSI DELLE DGR LAZIO 124/2015 COME MODIFICATA CON DGR N. 130/2018, DEL COMUNE/ENTE CAPOFILA DISTRETTO SOCIALE DI _____**3. CHE LA STRUTTURA È IN POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI PREVISTI DALLA NORMATIVA REGIONALE (L.R. 41/2003 E DALLA DGR LAZIO N. 1305/2004), COME CERTIFICATO DALL'AUTORIZZAZIONE ALL'APERTURA E AL FUNZIONAMENTO RILASCIATA DAL COMUNE NEL QUALE LA STESSA È UBICATA, ALLEGATA IN COPIA ALLA PRESENTE.****ALLEGA:**

- COPIA AUTORIZZAZIONE RILASCIATA AI SENSI DELLA L. R. LAZIO N. 41 DEL 2003
- COPIA PROVVEDIMENTO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DI ACCREDITAMENTO DEL COMUNE/ENTE CAPOFILA DI DISTRETTO DI _____
- COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Data _____

Firma
