



Amministrazione destinataria  
Comune di Casalpusterlengo  
Ufficio destinatario  
Ufficio Servizi Sociali

## Domanda di compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta dei servizi residenziali o semi residenziali

### 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	Interno	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="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"/>					

### 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

la compartecipazione da parte del Comune al pagamento della retta

- per sé stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

### soggetto interessato

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	Interno	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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)									
<input type="text"/>									

### fissata dalla seguente struttura

Tipo struttura

- semi-residenziale  
 residenziale

Denominazione struttura

Sede

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

### per il seguente motivo

Motivazione

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

- di essere residente nel Comune di Casalpusterlengo da data antecedente il suo ingresso in struttura
- di essere in stato di bisogno (solo per RSA: allegare documentazione comprovante la presentazione della domanda al competente Ufficio Invalidi Civili, o copia del certificato di invalidità civile attestante il 100%)
- di avere un I.S.S.E il cui valore è inferiore all'importo complessivo della retta annualmente fissata dalla struttura ospitante (allegare attestazione I.S.E.E.)

**pertanto allega copia dell'attestazione ISEE**

- di avere un reddito mensile di

Reddito mensile

**pertanto allega Mod. ObisM dell'anno in corso o altra valida certificazione**

- di avere un reddito spendibile (rendite da immobili, patrimoni mobiliari,...) di

Reddito spendibile

- di essere proprietario dei seguenti beni immobili per i quali mi impegno fin d'ora, con il Comune di Casalpusterlengo, a concordare sull'utilizzo degli stessi così come indicato dai vigenti regolamenti comunale in materia di interventi e prestazioni del servizio sociale comunale (art. 68 c. 3) e in materia di accesso alle prestazioni sociali agevolate (art. 17 c. 1 let. a)

Beni immobili di proprietà

- che le piccole spese personali mensili, utili a consentire una dignitosa vita sociale e relazionale all'interno dell'Istituto saranno sostenute da
  - familiari  
Indicare nome e cognome
  - struttura di accoglienza
  - tutore
  - amministratore di sostegno
  - pensione del ricoverato
- di impegnarsi a versare, alla struttura ospitante, la propria quota così come definita dall'Amministrazione Comunale sulla base dell'art. 17 del "Regolamento Comunale per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate – ISEE"
- di essere consapevole che la richiesta di integrazione sarà accolta a partire dal mese successivo la presentazione della presente domanda
- che il tessuto parentale è costituito da (inserire nel primo campo i dati del dichiarante)

**componente n. 1**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

**componente n. 2**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

**componente n. 3**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

**componente n. 4**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

**componente n. 5**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

**componente n. 6**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

**componente n. 7**

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
Stato civile			Rapporto di parentela	
Professione			% Disabilità	

che le persone di riferimento per l'interessato al servizio sono

Nome e cognome	Indirizzo
Recapito telefonico	Grado di parentela

Nome e cognome	Indirizzo
Recapito telefonico	Grado di parentela

Nome e cognome	Indirizzo
Recapito telefonico	Grado di parentela

Nome e cognome	Indirizzo
Recapito telefonico	Grado di parentela

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 del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- documentazione attestante lo stato di invalidità
- copia dell'attestazione ISEE
- mod. ObisM dell'anno in corso o altra valida certificazione
- 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.

Casalpusterlengo

Luogo

Data

il dichiarante