

Modulo per la richiesta di compartecipazione al pagamento della retta in R.S.A.

Comune di Guidonia Montecelio
Area VIII Sociale Socio sanitario Integrazione Pari
Opportunità
Piazza Matteotti n.20 00012 Guidonia Montecelio
pec: protocollo@pec.guidonia.org

OGGETTO: Richiesta compartecipazione al pagamento della retta in R.S.A.

Il/La sottoscritt_ (Cognome)	(Nome)
Nat_ a	il Residente a
Via/Piazza	n. Tipo di documento n.
rilasciat_ da	il Codice Fiscale
Nazionalità	Recapiti telefonici Cell. Tel.

Chiede la compartecipazione, da parte del Comune di Guidonia M., al costo delle prestazioni di natura non sanitaria per degenza in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale), accreditati dalla Regione Lazio

☐ Per se medesimo

☐ Oppure, in qualità di Genitore/Figlio/Tutore/Coniuge/altro (specificare) _____, per:

Cognome	Nome
---------	------

Dichiara ai sensi del DPR 445/00 che (indicare i dati dell'utente ricoverato)

Cognome _____ Nome _____,

nat_ a _____ il ____/____/____, Codice fiscale _____

- è residente a Guidonia Montecelio in via/piazza _____, n. _____

- è ricoverato/a presso la struttura (nome struttura e indirizzo) _____

_____ dal giorno _____

- percepisce l'indennità di accompagnamento Si No

- ha parenti entro il 4° in grado di compartecipare alle spese per la degenza (Art. 433 Codice Civile) Si No

Dichiara che trattasi di ☐ nuova richiesta - ☐ rinnovo

Allega alla presente i seguenti documenti obbligatori:

Copia del documento d'identità del richiedente	Si	
Copia del documento d'identità dell'utente	Si	
Certificazione attestante la degenza in struttura con data di inizio della degenza	Si	
Copia del certificato Legge 104/92 attestante la disabilità	Si	
Dichiarazione I.S.E.E.di prestazione "Socio sanitario residenze" completo della Dichiarazione sostitutiva unica (D.S.U.)	Si	
Prospetto riepilogativo delle pensioni rilasciato dall'Ente previdenziale (modello OBIS/M)	Si	

Guidonia Montecelio, _____

Firma _____

Informativa concernente il trattamento dei dati personali. Io sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati forniti nel presente modulo saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Guidonia M. per l'erogazione della prestazione in oggetto e potranno essere comunicati a terzi per la medesima finalità, sempre nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003. Dichiara altresì di essere informato che il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del Dipartimento II del Comune di Colonna e rilascia il consenso al trattamento dei dati.

Guidonia M., _____

Firma _____

Il sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000. Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il Comune di Guidonia M effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.

Guidonia M, _____

Firma _____