C.I.di S Consorzio Intercomunale di Servizi	**DOMANDA per CONTRIBUTO DI INTEGRAZIONE RETTA** Contenente dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorietà relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare che richiede interventi al C.I. di S. - D.P.R. 445/2000	Modulo di registrazione: MR-09-01	
		Versione: 3.f	Numero pag.: 1/4

Unità operativa di		**N° domanda**	

DATI DEL RICHIEDENTE, SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO			
Nominativo			
Grado di parentela			
Residente a		Via	
Telefono			

DATI DEL BENEFICIARIO			
Il sottoscritto			
Nato a		il	
Residente a		Via	
c/o			
Precedente residenza*			
Telefono			
Codice fiscale			

*nel caso di attuale residenza in struttura

Tipologia beneficiario:

☐ ANZIANO AUTOSUFF. ☐ ANZIANO NON AUTOSUFF. ☐ DISABILE

CHIEDE

☐ **IL CONTRIBUTO DI INTEGRAZIONE RETTA**

☐ **IL CONTRIBUTO DI INTEGRAZIONE RETTA A TITOLO DI PRESTITO:**

con la seguente motivazione: _____

_____

per un importo pari ad € _____

e si impegna a restituire le somme ricevute entro: _____

DICHIARA

Che ha effettuato l'ISEE in data ____/____/_____ e scade in data ____/____/_____

QUADRO A: COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA DEL BENEFICIARIO

(Indicare il codice ove è possibile: **C**= Coniuge/Convivente; **F**= Figlio; **D**= Figlio disabile; **G**= Genitore; **A**= Altro)

COMPOSIZIONE FAMIGLIA				
Cognome e nome	Codice	Luogo e data di nascita		Residenza o domicilio (se diverso dalla residenza)
			__/__/____	
			__/__/____	
			__/__/____	
			__/__/____	

DATI DELLA PERSONA ALLA QUALE MANDARE LA CORRISPONDENZA, SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE E/O BENEFICIARIO:			
Nominativo			
Grado di parentela			
Residente a		Via	
Telefono			

DATI DEL CONIUGE O FAMILIARE PRIVO DI REDDITI CONVIVENTE CON L'ASSISTITO, PRECEDENTEMENTE AL RICOVERO:				
Nominativo				
Grado di parentela				
Abitazione		proprietà		affitto € ……..

QUADRO B: INFORMAZIONI SUI PATRIMONI IMMOBILIARI

TERRENI E FABBRICATI (dato ricavabile da DSU)				
Tipo di patrimonio	Situato nel Comune	Quota posseduta	Valore ai fini IMU	Casa di abitazione

QUADRO C: INFORMAZIONI SUI PATRIMONI NON CONTENUTE NELLA DSU

BENI MOBILI ED IMMOBILI CHE IL BENEFICIARIO HA INTESTATO AD ALTRI O DONATO GRATUITAMENTE NEI 5 ANNI PRECEDENTI L'INSERIMENTO IN STRUTTURA				
Nome del beneficiario dell'intestazione	Tipo di bene	Percentuale ceduta	Valore donazione/ per immobili imponibile ICI	Data della donazione o intestazione

QUADRO D: PATRIMONIO MOBILIARE DEL BENEFICIARIO

DEPOSITI BANCARI, POSTALI O ALTRI DEPOSITI, CONTI CORRENTI, ANCHE SE COINTESTATI CON ALTRE PERSONE, ECC.	
Importo depositato	Agenzia o Ufficio

TITOLI E OBBLIGAZIONI, CERTIFICATI DI DEPOSITO E CREDITO, FONDI DI INVESTIMENTO, PARTECIPAZIONE IN SOCIETÀ, QUOTE DI FONDI COMUNI DI INVESTIMENTO, ECC.	
Somma totale	Agenzia/società

QUADRO E: REDDITI DEL BENEFICIARIO

(Debbono essere dichiarati tutti i redditi a qualunque titolo percepiti)

REDDITI DA PENSIONE, COMPRESA INVALIDITÀ, REVERSIBILITÀ, MAGGIORAZIONI, RENDITE ED INDENNITÀ			
Categoria, ente e numero	Importo mensile	Tredicesima	Altro

REDDITI D'IMPRESA		
Tipo attività, N. registrazione P.IVA	Importo mensile	Indirizzo Ditta

Altre informazioni: sulla documentazione reddituale, fallimenti, sospensione attività, ecc.
_____

ASSEGNI DEL CONIUGE SEPARATO O DIVORZIATO				
Tipo di reddito	Data sentenza	Importo stabilito	Importo ricevuto	Periodicità

REDDITI DI TERRENI E FABBRICATI (PRECISARE SE DATI IN AFFITTO, SOGGETTI A USUFRUTTO)				
Tipo di reddito	Importo mensile/annuo	Luogo terreno o fabbricato	Cat. catastale	Imponibile ICI

DELEGA

Il sottoscritto delega il Consorzio al versamento dell'integrazione della retta alberghiera alla struttura:
Denominazione:_____
Indirizzo: _____ Comune_____

Dichiara inoltre di esonerare il C.I. di S. da ogni responsabilità al riguardo.

_____, ____/____/_____ _____
(luogo) (data) (firma del delegante)

DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Io sottoscritto dichiaro di aver compilato i quadri A ☐ B ☐ C ☐ D ☐, che le mie dichiarazioni sono vere e complete. Sono consapevole che la presente domanda non può essere considerata valida se non produrrò entro il __ / __ / ____ la seguente documentazione:

_____
_____
_____

Sono consapevole della mia responsabilità penale (art. 489 c.p.) per dichiarazioni false o incomplete. Comunicherò immediatamente ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e di quanto dichiarato nella presente. Sono consapevole che il Consorzio, il Comune di residenza ed altri Enti, compresa la Guardia di Finanza, controlleranno la dichiarazione e, se anche soltanto una delle informazioni o dei dati dichiarati saranno risultati falsi o incompleti, il Consorzio presenterà querela all'autorità giudiziaria e, in base all'art. 75 DPR 445/00 cesserà cesserà l'integrazione della retta. Inoltre il Consorzio chiederà la restituzione degli importi già versati alle strutture e li recupererà coattivamente se non saranno restituiti

Dichiaro, altresì, di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 ed acconsento al trattamento, anche con strumenti informatici. di tutti i dati personali, anche sensibili, forniti e necessari per l'erogazione del servizio richiesto.

Letto, confermato, sottoscritto

_____, ____/____/_____ _____

(luogo) (data) (firma del dichiarante)

***

(Se il dichiarante è impossibilitato/incapace alla firma, barrare la casella appropriata)

Previo l'accertamento dell'identità, la presente dichiarazione è stata resa:

☐ dal dichiarante impedito a sottoscrivere, previo accertamento della sua identità;
☐ da: ☐ coniuge; ☐ figlio/a in mancanza del coniuge;
☐ dal seguente parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____
☐ da chi ne ha la rappresentanza legale (genitore o tutore) in nome e per conto del componente incapace di agire;
☐ dall'amministratore di sostegno nominato dal Giudice Tutelare;
☐ dall'interessato con l'assistenza del curatore nominato dal Giudice Tutelare.

Attesto che la dichiarazione è stata presentata dal Sig. _____
Identificato con il documento _____ numero_____ rilasciato in data ____/____/____ da _____

L'operatore dei servizi sociali

_____, ____/____/_____ _____

(luogo) (data) (firma)

***

Note ed osservazioni a cure dell'operatore sociale

_____
_____
_____

L'operatore dei servizi sociali

_____