

Comune di Piane Crati (CS) prot. n. 0003095 del 09-06-2023 in intemo

---

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso ☐ M ☐ F

Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

☐ **Tutore** di (indicare il soggetto interessato):

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

☐ **Familiare** (indicare il grado di parentela): \_\_\_\_\_ di: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

|           |       |     |
|-----------|-------|-----|
| Residente | Prov. | Cap |
|-----------|-------|-----|

Via \_\_\_\_\_

**La presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta a far data dal \_\_\_\_\_**

per la tipologia di struttura( ( barrare con il segno “X” su una sola casella di interesse):

☐ **COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI**

☐ **COMUNITA' ALLOGGIO E CASE DI RIPOSO PER ANZIANI**

- ☐ CASA FAMIGLIA
- ☐ CASA FAMIGLIA PER PERSONA CON DISABILITA' GRAVE
- ☐ DOPO DI NOI
- ☐ CENTRO SOCIO-RIABILITATIVI RESIDENZIALI
- ☐ CENTRO DIURNO SOCIO-RIABILITATIVI
- ☐ CENTRO DIURNO PER MINORI
- ☐ CASA DI ACCOGLIENZA PER DONNE IN DIFFICOLTA', GESTANTI CON SENZA FIGLI
- ☐ COMUNITA' DI ACCOGLIENZA PER ADULTI IN DIFFICOLTA'
- ☐ CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA' MENTALE
- ☐ CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITA'
- ☐ CENTRO DIURNO PER ANZIANI
- ☐ CENTRO SPECIALISTICO PER BAMBINI E ADOLESCENTI VITTIME DI ABUSI E MALTRATTAMENTI
- ☐ COMUNITA' SPECIALISTICA EDUCATIVA PER MINORI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E DISADATTATI SOCIALI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI PENALI E/O AMMINISTRATIVI

A tale proposito, così come previsto dalla D.G.R. n. 503/2019 e ss.mm.ii., si acclude quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza e copia dell'eventuale Obis M rilasciato dall'INPS competente attestante tutte le pensioni percepite;
2. **Documento di riconoscimento** in corso di validità dell'interessato e/o del tutore o del familiare che presenta domanda.
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

**Firma del richiedente**  
(per esteso e leggibile)

Data: \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**La presente richiesta ed i relativi allegati devono essere trasmessi dal Comune di residenza al Comune capo Ambito dell'ATS di ROGLIANO**