

Amministrazione destinataria

Azienda ASP ambito 9



Ufficio destinatario

Ufficio disagio e povertà

## Domanda di compartecipazione al costo della quota sociale per strutture residenziali semi-residenziali a tutela della salute mentale

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

### Soggetto interessato

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente potestà genitoriale, familiare, tutore legale

### CHIEDE

la compartecipazione al costo della quota sociale della retta per strutture residenziali e semi-residenziali a tutela della salute mentale.

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

- che l'ISEE sottoscritto è

Valore ISEE	Data sottoscrizione

- che l'area vasta del Dipartimento di Salute Mentale che ha la presa in carico è

Area

- che la struttura di cui chiedo la compartecipazione al costo della quota sociale è (tipologia, denominazione, data di ingresso e indirizzo)

Tipologia

Denominazione

Data di ingresso

Indirizzo

- che l'importo giornaliero della retta della struttura, così come determinata con la Deliberazione della Giunta Regionale 25/11/2014, n. 1331 o da apposita convenzione con ASUR è pari a

Importo

€

- che l'importo giornaliero della quota sociale della retta, ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 25/11/2014, n. 1331 è pari a

Importo

€

Eventuali annotazioni

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- autorizzazione all'ingresso nella struttura, rilasciata dalle competenti Autorità Sanitarie
- autorizzazione e accreditamento della struttura ubicata fuori Regione
- eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno o tutore
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento d'identità del beneficiario  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- 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.

Jesi

Luogo

Data

Il dichiarante

