

Istanza per la concessione di contributo economico su spese ricovero/assistenza continua di persona anziana/invalida

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, art. 46, com. 1

Al Sindaco del Comune di Settimo Milanese

Piazza degli Eroi, 5

20019 Settimo Milanese

mail: protocollo@comune.settimomilanese.mi.it

pec: protocollo@postacert.comune.settimomilanese.mi.it

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome–nome)

Nato/a a _____ il _____

residente Settimo Milanese, via/piazza _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____

e-mail _____

pec _____

CHIEDO la concessione di un contributo economico da parte di codesto Ente:

- per me stesso e per il mio nucleo familiare;
- per il seguente familiare incapace di firmare:

Nome e cognome _____

Nato a -il _____

Residente a Settimo Milanese _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici..... _____

Con la sottoscrizione del presente modulo dichiaro di aver preso visione dell'unità informativa sull'uso dei dati personali e sui diritti del dichiarante.

Sono inoltre consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge in materia di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, per ciò che riguarda le dichiarazioni qui unte.

Nella speranza di un favorevole accoglimento dell'istanza, porgo distinti saluti.

In fede



Comune di
Settimo Milanese



INTERVENTO DI CARATTERE URGENTE*

** La condizione di urgenza deve essere già stata concordata con il Servizio Sociale di Base o l'Ufficio Promozione Sociale e prevede la possibilità di posticipare la valutazione di carattere sociale successivamente alla presentazione dell'istanza*

INFORMAZIONI SULLA PERSONA E SULLA STRUTTURA DI RICOVERO

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

GIA' RICOVERATO SI' DAL _____

NO, IN LISTA DI ATTESA

Se già ricoverato, indicare:

NOME STRUTTURA _____

LOCALITA' _____

INDIRIZZO _____

RECAPITI TELEFONICI _____

REFERENTI _____

RETTA (DIARIA/MENSILE) € _____

SERVIZI OPZIONALI

RISCALDAMENTO € _____

LAVANDERIA € _____

ALTRI SERVIZI

_____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

Eventuali allegati:

1) _____

2) _____

3) _____



Comune di
Settimo Milanese



Sistema di Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015
N° GITI-319-QC



INFORMAZIONI SULLA PERSONA ASSISTITA CONTINUAMENTE

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

TIPO ASSISTENZA CAREGIVER FAMILIARE
 BADANTE REGOLARMENTE ASSUNTO/A

ORE SETTIMANALI
DI ASSISTENZA MENO DI 25
 PIU' DI 25

COSTO MENSILE NETTO € _____
 CONTRIBUTI € _____

Allegati:

- 1) (se assistito da badante) CONTRATO DI LAVORO;
- 2) _____
- 3) _____

NOTE _____



Comune di
Settimo Milanese



Sistema di Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015
N° GITI-319-QC



INFORMAZIONI SOCIO ECONOMICHE SULLA PERSONA ASSISTITA

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

CONDIZIONE SANITARIA INVALIDO RICONOSCIUTO AL _____%

PORTATORE DI HANDICAP (L. 104)

RICONOSCIMENTO INVALIDITA' IN CORSO

CONDIZIONE PROFESSIONALE PENSIONATO/A

IN ATTESA DI PENSIONE

REDDITI DELL'ANNO _____ DA MOD CUD € _____

DA MOD. 730 € _____

DA MOD. UNICO € _____

SENZA DICHIAR. € _____

DI CUI ASSEGNO SOCIALE € _____

PENSIONE SOCIALE € _____

INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO € _____

PENSIONE INVALIDITA' € _____

ALTRI REDDITI € _____

VALORE ISEE ANNO _____ € _____



Comune di
Settimo Milanese

**REDDITO NETTO MENSILE
ATTUALE COMPLESSIVO**

€ _____

NOTE _____



Sistema di Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015
N° GITI-319-QC



MOTIVAZIONI DELL'ISTANZA

Elencare brevemente le spese, ordinarie e straordinarie, che il nucleo familiare ha dovuto o dovrà affrontare e/o evidenziare le esigenze che si ritiene opportuno segnalare ai fini della richiesta di contributo:

NOTE



Comune di
Settimo Milanese



Sistema di Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015
N° GITI-319-QC



IL/LA SOTTOSCRITTO/A RICHIEDENTE DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLA PRESENTE DOMANDA CORRISPONDE ALVERO E INOLTRE:

- **autorizza qualsiasi controllo su stati e fatti personali propri e di terzi dichiarati;**
- **si impegna a produrre i documenti eventualmente richiesti dall'Ufficio Promozione Sociale nell'ambito di tali verifiche.**

Il Dichiarante

(firma per esteso e leggibile) _____

VALUTAZIONE DI CARATTERE SOCIALE

- SI', e seguirà relazione sociale ad integrazione della richiesta
- NO.

L'Assistente Sociale di riferimento _____

Si informa che i dati personali acquisiti vengono trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei dati o, più brevemente, GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali e sue successive modifiche e integrazioni (D.Lgs. 196/03 da ultimo aggiornato dal D.Lgs. 101/18) nonché dai provvedimenti emanati dall'Autorità Garante.
L'informativa estesa relativa al trattamento dati personali effettuato è disponibile presso la sede del Titolare ovvero nella sezione Privacy raggiungibile attraverso il link <https://comune.settimomilanese.mi.it/privacy/>

Il funzionario incaricato _____ (cognome/nome) attesta che:

- la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, mediante conoscenza personale;
- la sottoscrizione è stata apposta in sua presenza, previo accertamento dell'identità del dichiarante, che ha esibito il seguente documento di identità:
- la presente dichiarazione è pervenuta già sottoscritta dal dichiarante, che ha allegato fotocopia del seguente documento di identità:

Tipo _____

Numero _____

Del _____

Emesso da _____



Comune di
Settimo Milanese



Sistema di Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015
N° GITI-319-QC



Il Funzionario

(firma per esteso e leggibile) _____