*Modello 1*

AL CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA

VIA RIOSOLE, 31

02047 POGGIO MIRTETO

ConsorzioRI2@pec.bassasabinasociale.it

OGGETTO: **RICHIESTA DI CONCESSIONE DI SUSSIDI ECONOMICI PER L’INTEGRAZIONE DELLE RETTE DI RICOVERO IN STRUTTURE RESIDENZIALI – PERIODO DAL PRIMO OTTOBRE 2023 AL 30 SETTEMBRE 2024. AVVISO PUBBLICO PROT. 2129 DEL 30.10.2024**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* PER SE MEDESIMO
* PER IL/LA SIGNOR/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro),

Visto l’Avviso Pubblico prot. n. 2129 del 30.10.2024 con il quale è data comunicazione dell’attivazione di sussidi economici per l’integrazione delle rette di ricovero in strutture residenziali a favore di cittadini ultrasessantacinquenni o con disabilità grave ex l. 104/1992 art. 3 c. 3, residenti nei Comuni del Distretto Sociale della Bassa sabina

* + - 1. C H I E D E

**il riconoscimento del contributo economico integrativo delle rette di ricovero per il periodo
dal primo ottobre 2023 al 30 settembre 2024.**

a tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dell’art. 76 D.P.R. 445/2000, e che qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**DICHIARA**

che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :

1. è stato/a ricoverato/a nel periodo dal primo ottobre 2023 al 30 settembre 2024 presso la struttura residenziale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ha corrisposto per lo stesso periodo alla predetta struttura residenziale la somma mensile di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. ha percepito nell’anno 2024 indennità di accompagnamento □ si □ no
4. ha i seguenti parenti aventi isee inferiore al minimo vitale annuo Inps per l’anno 2024 (euro 7.992.01):
* fratelli e/o sorelle □ si □ no
* genitori □ si □ no
* figli e/o figlie □ si □ no

dei quali allega la relativa attestazione ISEE, necessaria nel solo caso in cui l’interessato ritenga di trovarsi nella condizione dell’ultimo periodo del par. C, punto 3 lett. A Avviso pubblico prot. n. 2129/2024;

**DICHIARA inoltre** di essere consapevole che le graduatorie degli ammessi, dei non ammessi e degli assegnatari del contributo saranno pubblicate esclusivamente all’albo pretorio on line del consorzio sociale della bassa sabina sul sito [www.bassasabinasociale.it](http://www.bassasabinasociale.it) secondo le modalità descritte alla lettera F. dell’avviso pubblico prot. n. 2129/2024

**CHIEDE** che le informazioni relative al procedimento in oggetto vengano comunicate a:

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

1. Attestazione *ISEE prestazioni socio sanitarie residenziali per persone maggiorenni*, del potenziale beneficiario in corso di validità
2. eventuale certificazione della condizione di grave disabilità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
3. Attestazione rilasciata dalla struttura residenziale ospitante (*Modello 2*)
4. Fotocopia del documento di identità del potenziale beneficiario e dell’eventuale richiedente
5. Eventualmente: Attestazione ISEE dei parenti di cui al paragrafo C punto 3, lett. A Avviso Pubblico prot. n. 2129/2024

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_