



**AL DIRETTORE DEL C.S.S.M.  
Corso Statuto n. 13  
12084 Mondovì**

**Oggetto: Richiesta erogazione integrazione retta per anziani non autosufficienti inseriti, in regime di convenzione, in struttura.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- INTERESSATO
- FAMILIARE (indicare grado parentela) \_\_\_\_\_
- ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

**Presenta domanda per l'integrazione retta**

A favore:

- Di se stesso
- della persona non autosufficiente: Sig/ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ (indicare solo se diverso dalla residenza)

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono n. \_\_\_\_\_

Ricoverato/a presso la struttura:

\_\_\_\_\_

avente sede in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ART. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Ai fini di cui sopra si avvale dell'autocertificazione ai sensi delle vigenti norme in materia di semplificazione delle procedure amministrative.

Avanti a (cognome, nome e qualifica del dipendente) \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false ed incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000 e a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lettera d del codice della privacy (decreto legislativo 196/2003) e specificatamente nei dati personali idonei a rilevare lo stato di salute:

1. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa l'inoltro della presente domanda e delle informazioni in essa contenute;
2. la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
3. di percepire un reddito derivante da pensione cat \_\_\_\_\_ e importo mensile \_\_\_\_\_;
4. di percepire indennità concesse a titolo di minorazione dall'INPS:
  - NO
  - SI tipo \_\_\_\_\_ (allega documentazione)
  - Di aver presentato domanda all'ASL in data \_\_\_\_\_ e di impegnarsi al rimborso di quanto corrispostogli a titolo di integrazione retta per le indennità che percepirà nel corso dell'anno.
5. che l'ammontare delle indennità concesse a titolo di minorazione alla persona interessata: è pari a:
  - o indennità di accompagnamento per invalidità civile, per € \_\_\_\_\_ mensili;
  - o indennità di accompagnamento per cecità assoluta, per € \_\_\_\_\_ mensili;
  - o indennità speciali per ciechi ventesimisti, indennità di comunicazione a favore di sordomuti per € \_\_\_\_\_ mensili;
  - o altre indennità per € \_\_\_\_\_ mensili;

6. che l'ammontare degli altri redditi non fiscalmente rilevanti di cui usufruisce è pari a:

- assegno sociale per € \_\_\_\_\_ mensili per n. \_\_\_\_\_ mensilità;
- rendite INAIL per € \_\_\_\_\_ mensili per n. \_\_\_\_\_ mensilità;
- pensioni di guerra per € \_\_\_\_\_ mensili per n. \_\_\_\_\_ mensilità;
- altro \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_ mensili per n. \_\_\_\_\_ mensilità.

7.

- di non aver disposto donazioni o vendite di beni personali relativamente al quinquennio precedente;
- di aver donato, nei cinque anni precedenti la richiesta di prestazioni, i beni immobili elencati nella seguente tabella:

(il patrimonio immobiliare ceduto va indicato in tutte le sue componenti, immobile per immobile, nella sua consistenza al 31 dicembre precedente. Ciascuna riga della tabella, individua un singolo cespite donato dal soggetto e per ogni bene vanno indicate in modo corretto e preciso le informazioni richieste. Il valore ICI va indicato anche se l'immobile è esente da tale imposta. Arrotondare all'intero più vicino – per 1,51 scrivere 2,00; per 1,5 scrivere 1,00)

TIPO DI PATRIMONIO (1)	SITUATO NEL COMUNE DI	QUOTA DONATA (percentuale)	VALORE AI FINI ICI (valore della quota donata, come definita ai fini ICI)	QUOTA CAPITALE RESIDUA DEL MUTUO (valore dalle quota donata)

(1) utilizzare i seguenti codici: **F**=fabbricati; **TE**=terreni edificabili; **TA**=terreni agricoli

la donazione è stata disposta in favore di: \_\_\_\_\_

8. di possedere le seguenti automobili:

Tipo/ Marca /Modello \_\_\_\_\_

Anno immatricolazione \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_

(N.B.:non si valuta il valore della prima automobile in proprietà, pertanto elencare solo le eventuali successive)

9. che la consistenza di reddito, patrimonio mobiliare, patrimonio immobiliare :
- non differisce di 1/5 da quella rilevata nell'anno di riferimento dell'ISE,
  - differisce di oltre 1/5 in positivo o in negativo con decorrenza dal \_\_\_\_\_

10. nel caso di variazioni intervenute l'anno precedente si impegna a presentare un nuovo ISE attestante la modifica entro il 31/08 dell'anno in corso

Si impegna a produrre entro trenta giorni ogni eventuale variazione a quanto sottoscritto nella presente dichiarazione

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nell'interesse del/della predetto/a Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara altresì, ai fini di un'eventuale integrazione della retta erogata dal C.S.S.M.:

A) di essere a conoscenza che nel caso in cui vengano riconosciuti, successivamente all'erogazione dell'integrazione della retta, arretrati di pensione, indennità di accompagnamento, eredità od ogni altro reddito o emolumento, il ricoverato è obbligato al rimborso delle somme percepite a titolo di integrazione retta a favore dell'Ente gestore;

B) di essere a conoscenza che gli importi erogati dall'Ente a titolo di integrazione retta sono da considerarsi, nei limiti di quanto riconosciuto, debiti ereditari ai sensi dell'art. 752 del codice civile.

C) di essere a conoscenza che, qualora non disponga, di fatto, della liquidità sufficiente al fine di corrispondere la compartecipazione dovuta, il ricoverato sarà tenuto ad attivare, obbligatoriamente, una o più delle seguenti opzioni:

- 1) locazione degli immobili a disposizione;
- 2) alienazione del patrimonio, o di parte di esso;
- 3) accensione di ipoteche, contratti di recupero da parte degli enti gestori e/o comuni ed altri strumenti previsti nei rispettivi regolamenti.

D) che la contribuzione a carico del destinatario dell'intervento dovrà essere versata direttamente alla Struttura ospitante.

### **1. Allegati**

Allo scopo allega alla presente domanda:

- attestazione ISE redatta ai sensi del Regolamento citato;
- certificazione delle indennità concesse a titolo di minorazione dall'INPS;
- certificazione di altri eventuali redditi non fiscalmente rilevanti di cui usufruisce

In fede.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

IL DICHIARANTE  
\_\_\_\_\_

### **Collaborazione per l'aggiornamento**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare dovranno essere comunicati, relativamente alla persona oggetto della prestazione, i seguenti dati:

- a) il decesso;
- b) il trasferimento di struttura;
- c) le variazioni economiche superiori/inferiori ad 1/5 rispetto alla dichiarazione presentata;

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il Funzionario Ricevente  
\_\_\_\_\_

Il Dichiarante(\*\*)  
\_\_\_\_\_

**\*\*Allegare copia di carta d'identità.**

**Informativa ai sensi del D.L. 196/2003 “Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”.**

I dati personali richiesti nella fase istruttoria per gli interventi economici saranno oggetto di trattamento esclusivamente per la predisposizione dell'intervento stesso e potranno essere utilizzati in forma anonima per il sistema informativo.

Detti dati potranno essere trasmessi a:

- operatori del C.S.S.M.
- operatori dell'A.S.L. CN 1
- servizi incaricati delle verifiche (Regione Piemonte)

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

conferisce il proprio **CONSENSO**

ai sensi del Decreto Legge in oggetto, al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti indicati dall'informativa ricevuta, dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dal medesimo Decreto Legge.

FIRMA

Mondovì, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_