



**NUOVO
CIRCONDARIO
IMOLESE**

coesione sociale e
promozione educativa

- Agli Ospiti delle Case residenza per anziani (CRA)
nell'anno 2024 e loro Famiglie

OGGETTO: Contributo rette per gli ospiti che occupano posti accreditati e contrattualizzati delle Case residenza per anziani – anno 2024

Gentilissimi,

vi informo che è stato sottoscritto un accordo tra la Regione Emilia-Romagna, i Sindacati CGIL-CISL-UIL, SPI-FNP-UILP e ANCI, che prevede di riconoscere agli ospiti, che occupano posti accreditati e contrattualizzati delle Case residenza anziani e che presentano una dichiarazione ISEE nei limiti sotto indicati, un contributo sulle rette dovute **per il solo anno 2024** a partire dal mese di febbraio, per mitigare l'aumento previsto dalla delibera di Giunta regionale n. 2242 del 2023.

Per finanziare tali contributi la Regione Emilia-Romagna ha stanziato 10 milioni di euro che sono stati ripartiti tra i Distretti sulla base dei posti di CRA accreditati e contrattualizzati al 31 dicembre 2023.

Per ottenere il contributo occorre che la richiesta, da formularsi utilizzando l'allegato modulo, pervenga entro e non oltre **il 5 ottobre 2024 all'Asp Circondario Imolese** secondo una delle seguenti modalità:

- di persona agli Sportelli sociali
- per posta indirizzando a ASP Circondario Imolese viale D'Agostino n. 2/a 40026 Imola
- per mail all'indirizzo contributi@aspcircondarioimolese.bo.it
- per PEC all'indirizzo asp@pec.aspcircondarioimolese.bo.it

Alla domanda va allegata obbligatoriamente l'**attestazione ISEE sociosanitario residenze** in corso di validità e priva di difformità, pena l'esclusione.

Il contributo è previsto per chi rientra nelle seguenti fasce ISEE sociosanitario residenze:

- a) per ISEE minore o uguale a euro 12.000 è previsto un contributo di euro 4,10 per ogni giorno di accoglienza in CRA nel 2024;
- b) per ISEE maggiore di euro 12.000 e minore o uguale a euro 20.000 è previsto un contributo di euro 3,00 per ogni giorno di accoglienza in CRA nel 2024.

Sono esclusi dal contributo gli utenti che, anche se rientranti nelle fasce ISEE sopra indicate, hanno già usufruito di un contributo erogato da ASP Circondario Imolese a copertura totale o parziale della quota utente, **salvo** che l'importo dell'intervento di ASP ad integrazione della quota utente sia inferiore a quello spettante secondo i criteri indicati sopra; in questi casi spetta la differenza in incremento.

I contributi, nel limite delle risorse regionali disponibili, saranno riconosciuti in forma di riduzione delle rette dovute dagli utenti, per chi è ancora ospite della Casa Residenza Anziani, e in forma di contributo per chi non è più ospite della Casa Residenza Anziani.

Per chiarimenti o ulteriori informazioni è possibile rivolgersi all'UO Assistenza dell'Asp, scrivendo all'indirizzo e-mail: uo.assistenza@aspcircondarioimolese.bo.it ovvero telefonando al nr 0542/655911 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00.

La Responsabile Servizio Programmazione Sociosanitaria (Usep)

Maria Grazia Ciarlatani

(firmato digitalmente)

Richiesta contributo ad integrazione della retta in Casa Residenza Anziani (DGR 1621/2024)

**All'Asp Circondario Imolese
Viale D'Agostino n. 2/a**

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____

civico n. _____ CAP _____ telefono _____ cellulare n. _____

fa istanza di assegnazione del contributo economico a sostegno delle famiglie con redditi medio-bassi e bassi per fare fronte al pagamento delle rette delle Case Residenza Anziani (CRA) dovute **per il solo anno 2024** a partire da quella del mese di febbraio ai sensi della DGR 1621/2024

Nota: barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa

[] per se stesso

[] per il/la signor/signora (nome e cognome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ in via _____

civico n. _____ CAP _____ telefono _____ cellulare n. _____

Indicare titolo che legittima la richiesta presentata in luogo dell'anziano/a

[] grado di parentela: _____

[] altro _____

ospite della Casa Residenza Anziani _____

A tal fine, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000 e s.m.i., consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- data di ingresso (ed eventuale uscita) dalla Casa Residenza Anziani _____
- di aver adempiuto completamente al pagamento delle rette dovute alla data della presente.
- che è in possesso di un valore ISEE **sociosanitario residenze 2024** di € _____ risultante da attestazione ISEE valida Nr. Protocollo INPS-ISEE _____ che si allega
- che prende atto che i dati di cui alla presente saranno trattati nel rispetto della normativa vigente dagli enti preposti all'istruttoria e attuazione della misura assistenziale
- che qualsiasi comunicazione relativa al presente procedimento potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti

fax numero _____ indirizzo mail _____

indirizzo di PEC (posta elettronica certificata) _____

recapito diverso da quello di residenza _____

Allega alla presente attestazione ISEE sociosanitaria residenza in corso di validità e priva di difformità e documento di identità

Luogo e data, _____

Firma _____