**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_