



**COMUNE DI ORIGGIO**  
Via Dante Alighieri, 15  
PROVINCIA DI VARESE  
C.A.P. 21040 - Cod. Fisc. e P. IVA 00322990128

**Telefoni:**  
Centralino 02 / 9695111  
Segreteria 02 / 96951182  
Ufficio Tecnico 02 / 96951181  
Uff. Ragioneria e Tributi 02 / 96951183  
Servizi Sociali 02 / 96951186  
Vigili Urbani 02 / 96951185  
Fax 02 / 96951150

## **DOMANDA DI ASSEGNAZIONE VOUCHER-RSA** **ANNO 2011**

Deliberazione del Consiglio Comunale nr.18 del 20.03.2007

(modulo da compilare in stampatello)

### **ATTENZIONE**

### **ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE**

### **DICHIARAZIONE RESA DAL FAMILIARE NELL'INTERESSE DI CHI SI TROVI IN SITUAZIONE D'IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE.**

IL/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente al seguente indirizzo:  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

l'assegnazione del voucher-RSA **per l'anno 2011**, ai sensi della Deliberazione del Consiglio Comunale nr. 18 del 20.03.2007, per integrare le spese sostenute per la retta presso la RSA dove è ricoverato.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle Leggi Speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

- di essere ricoverato/a dal \_\_\_\_\_ presso la Residenza Sanitaria Assistenziale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ avente sede a \_\_\_\_\_ Distretto socio-sanitario di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ regolarmente autorizzata al funzionamento ed accreditata;
- di essere stato/a residente nel Comune di Origgio da almeno un anno prima del ricovero in RSA;
- di aver trasferito la residenza in altro Comune esclusivamente ai fini del ricovero in RSA;
- di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a, come da verbale rilasciato dalla Commissione Sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.S.L. di \_\_\_\_\_, allegato alla presente domanda;
- che l'ISEE del mio nucleo familiare, composto esclusivamente dal sottoscritto, non è superiore ad €17.000,00=;certificazione ISEE allegata alla presente domanda;

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti nr. \_\_\_\_\_ altri componenti oltre il beneficiario (in tal caso l'I.S.E.E. non deve superare €20.000,00=); certificazione ISEE allegata alla presente domanda;
- di non essere in grado di coprire autonomamente la retta richiesta dalla suddetta RSA, che per l'anno 2011 ammonta ad Euro \_\_\_\_\_, con le provvidenze economiche (tredicesima esclusa) ed i proventi a qualsiasi titolo percepiti dal sottoscritto/a (comprese pensioni d'invalidità civile, indennità d'accompagnamento, pensioni INPS, rendite INAIL, canoni di locazione ecc.) ammontanti per l'anno 2011 ad Euro \_\_\_\_\_;
- di non aver presentato domanda di concorso comunale alle spese di ricovero in RSA prevista dall'art. 43 del Regolamento Comunale per l'erogazione delle prestazioni sociali agevolate attualmente in vigore;

Il/La sottoscritto/a DICHIARA, inoltre, di:

- impegnarsi a comunicare al Comune, direttamente o tramite un familiare l'eventuale ricovero presso R.S.A. (Residenza Sanitario-Assistenziale) non ubicate nel Distretto di Saronno o nei Distretti confinanti;
- impegnarsi a comunicare al Comune, non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, ogni evento che modifichi il contenuto delle dichiarazioni rese con la presentazione della domanda di voucher-RSA e faccia venir meno il diritto all'erogazione;
- impegnarsi a destinare la somma derivante dall'assegnazione del voucher-RSA esclusivamente per l'integrazione della retta di ricovero richiesta dalla predetta RSA;
- di essere a conoscenza che il Comune di Origgio, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento per l'erogazione del voucher-RSA, approvato con la Deliberazione del Consiglio Comunale nr. 18 del 20.03.2007, effettuerà idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 10 del Regolamento sopra citato, il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici concessi e il Comune provvederà al recupero dei benefici economici indebitamente ricevuti;

di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

- direttamente sul conto corrente bancario intestato a \_\_\_\_\_  
Codice IBAN: \_\_\_\_\_
- direttamente sul conto corrente postale intestato a: \_\_\_\_\_  
Codice IBAN : \_\_\_\_\_
- a mezzo mandato di pagamento (da incassare presso lo sportello della Tesoreria Comunale Banca Popolare di Bergamo S.p.A., Via Repubblica, n. 10, Origgio) intestato al/la sottoscritto/a, e riscosso per suo conto dal delegato/a Sig./Sig.ra:  
NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In Fede,

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

la firma dell'anziano dovrà essere autenticata se alla riscossione del buono sociale sia stata delegata altra persona e può essere apposta dall'anziano alla presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica

AUTENTICAZIONE DELLA SOTTOSCRIZIONE  
(ART. 21, COMMA 2, D.P.R. N. 445/2000)

Attesto che il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_ identificato mediante \_\_\_\_\_  
ha apposto la sottoscrizione che precede in mia presenza:  
\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE ADDETTO

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso)

***In applicazione del D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si comunica che:***

- 1) *I dati richiesti sono necessari a determinare il diritto alla corresponsione del voucher;*
- 2) *Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere alla determinazione del voucher;*
- 3) *Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Origgio, Via Dante 15.*



Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal D.Lgs. 196 del 30 Giugno 2003 (codice in materia dei dati personali), esprime il proprio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Origgio, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

La suesposta dichiarazione viene resa ai sensi dell'art. 4 comma 2 del DPR n. 445/2000 dal Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_, nell'interesse del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

Che si trova in situazione d'impedimento temporaneo alla sottoscrizione e alla dichiarazione per motivi di salute

**ACCERTAMENTO IDENTITA' DEL DICHIARANTE**

Previa identificazione a mezzo di \_\_\_\_\_ dichiaro che la firma del dichiarante è stata apposta sulla suesposta dichiarazione in mia presenza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE ADDETTO

**NOTA BENE:**

**Le domande presentate oltre il 31 marzo 2011, ed entro il 30 novembre 2011, saranno oggetto di una seconda graduatoria (a fine anno) sulla base della quale verranno erogate, con effetto retroattivo, le risorse residue, non erogate in base alla prima graduatoria, fino al loro esaurimento. Le domande presentate a mezzo posta devono essere inviate tramite raccomandata con ricevuta di ritorno; in questo caso si fa riferimento alla data del timbro postale.**