



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 2010

Delibera di C.C. 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 2010** ai sensi della Delibera di 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. 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 e
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 2010 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 etc) ammontanti per l' anno 2010 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 Delibera di C.C. 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. di 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 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 suestesa dichiarazione viene resa ai sensi dell'art. 4 comma 2 del DPR n. 445/2000 dal

Sig. _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

In qualità di _____

Nell'interesse del Sig. _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

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 suestesa dichiarazione in mia presenza

Data _____

IL DIPENDENTE ADDETTO

NOTA BENE:

Le domande presentate oltre il 31 marzo 2010, ed entro il 30 novembre 2010, 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 ad esaurimento delle risorse disponibili.

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.