

**AL COMUNE DI ROCCA DI PAPA**  
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**Oggetto: Richiesta di compartecipazione al pagamento della retta in R.S.A.**

Dati del richiedente

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/ Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tipo di Documento \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La compartecipazione da parte del Comune di Rocca di Papa al pagamento della retta per la degenza in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)

per sé medesimo

in qualità di coniuge/figlio/tutore altro (specificare) \_\_\_\_\_ della persona ricoverata (cognome e nome) \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità negli atti

**DICHIARA**

-che la persona per la quale si richiede la compartecipazione al pagamento della retta in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) è il/la:

Dati dell'utente ricoverato:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ questo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ in  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tipo di Documento \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Ricoverato/a presso la struttura denominata \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

con inizio degenza dal \_\_\_\_\_

quota sociale giornaliera richiesta dalla struttura pari ad € \_\_\_\_\_

livello di mantenimento \_\_\_\_\_

-che il nucleo familiare della persona per la quale si richiede quanto in oggetto è composto da:

Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita	Relazione

-che la persona per la quale si richiede quanto in oggetto possiede ISEE Socio Sanitario Residenze calcolato ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013 n. 159 pari ad € \_\_\_\_\_

che il suddetto ISEE è comprensivo del calcolo della componente aggiuntiva dei seguenti figli non compresi nel nucleo familiare anagrafico sopra dichiarato:

1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

oppure di non avere figli non conviventi oltre a quelli presenti nel nucleo anagrafico sopra dichiarato

-che la persona per la quale si richiede quanto in oggetto

percepisce l'indennità di accompagnamento SÌ  NO  concessa a partire dal \_\_\_\_\_

pari, per l'anno \_\_\_\_\_, ad € \_\_\_\_\_ mensili

oppure ha fatto richiesta per l'indennità di accompagnamento SÌ  NO

Allega alla presente i seguenti documenti

Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'utente ricoverato	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Copia Attestazione ISEE Socio Sanitario Residenze in corso di validità completa di D.S.U.	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scheda dell'Unità Valutativa Multidisciplinare rilasciata dal CAD della ASL	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Copia verbali medici attestanti la disabilità	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Copia certificato del ricovero della struttura	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Copia verbale di nomina del Giudice in caso di Amministratore di Sostegno o Tutore	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Rocca di Papa, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_