

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI DI CARATTERE ECONOMICO**  
**FINALIZZATI ALL'INTEGRAZIONE RETTA DI RICOVERO**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
a norma dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 75-76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, dichiaro quanto segue:

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

Che il proprio nucleo familiare, compreso il richiedente, è composto dalle seguenti persone che coabitano stabilmente con il richiedente (riportare anche tutte le persone con le quali non sussiste un rapporto di parentela)

N.	Cognome	Nome	Data di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente
1				
2				
3				
4				
5				

Totale numero persone componenti il nucleo familiare

**QUADRO A – Situazione abitativa**

Che la propria situazione abitativa è la seguente:

- di abitare in casa di proprietà con valore catastale ai fini ICI di \_\_\_\_\_
- di abitare in alloggio con contratto di locazione intestato a \_\_\_\_\_ debitamente registrato in data \_\_\_\_\_ con canone mensile di \_\_\_\_\_ (regolarmente pagato) oppure (non pagato dal \_\_\_\_\_)
- di abitare in alloggio con contratto di locazione non registrato
- di abitare in uso gratuito presso immobile di proprietà di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di abitare in alloggio di proprietà     comunale     IACP    con canone mensile di E. \_\_\_\_\_ (regolarmente pagato) oppure (non pagato dal \_\_\_\_\_)
- Altro specificare \_\_\_\_\_

**QUADRO B – Situazione relativa al ricovero**

- di essere ricoverato dal giorno \_\_\_\_\_  
presso la Struttura Denominata \_\_\_\_\_

con retta **limitatamente alla quota sociale in caso di Struttura Socio Sanitaria**: giornaliera di € \_\_\_\_\_  
mensile di € \_\_\_\_\_

**ovvero**

che dal giorno \_\_\_\_\_ sarà ricoverato presso la Struttura Denominata \_\_\_\_\_

con retta **limitatamente alla quota sociale in caso di Struttura Socio Sanitaria**: giornaliera di € \_\_\_\_\_  
mensile di € \_\_\_\_\_

**ovvero**

che intende ricoverarsi presso la Struttura denominata \_\_\_\_\_

con retta **limitatamente alla quota sociale in caso di Struttura Socio Sanitaria**: giornaliera di € \_\_\_\_\_  
mensile di € \_\_\_\_\_

#### **QUADRO D – Situazione Reddittuale**

Indicare situazione reddituale del cittadino destinatario dell'integrazione retta esistente alla data della richiesta di integrazione retta.

Entrate derivanti da pensione (indicare qualsiasi tutela pensionistica comprese le invalidità civili):

tipo \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_

Importo mensile \_\_\_\_\_ Importo annuo \_\_\_\_\_

Eventuali arretrati riscossi nell'anno precedente alla presentazione dell'istanza ovvero nell'anno in corso

Delega alla riscossione **SI**  **NO**  se SI indicare dati del delegato: nome e cognome \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Entrate derivanti da pensione di reversibilità:

tipo \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_

Importo mensile \_\_\_\_\_ Importo annuo \_\_\_\_\_

Eventuali arretrati riscossi nell'anno precedente alla presentazione dell'istanza ovvero nell'anno in corso

Delega alla riscossione **SI**  **NO**  se SI indicare dati del delegato: nome e cognome \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Entrate derivanti da assegno di accompagnamento:

Importo riscosso \_\_\_\_\_ data della riscossione \_\_\_\_\_

Eventuali arretrati riscossi nell'anno precedente alla presentazione dell'istanza ovvero nell'anno in corso

Delega alla riscossione **SI**  **NO**  se SI indicare dati del delegato: nome e cognome  
\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Qualora il cittadino non percepisca l'indennità di accompagnamento o altre tutele pensionistiche relative agli invalidi civili indicare:

data di presentazione dell'istanza di accompagnamento ovvero d'invalidità civile \_\_\_\_\_

Entrate derivanti da altre rendite:

tipo \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_

Importo mensile \_\_\_\_\_ Importo annuo \_\_\_\_\_

Eventuali arretrati riscossi nell'anno precedente alla presentazione dell'istanza ovvero nell'anno in corso

Delega alla riscossione **SI**  **NO**  se SI indicare dati del delegato: nome e cognome  
\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ residenza \_\_\_\_\_

Rendite Finanziarie:

somme depositate in libretti di risparmio (importo) \_\_\_\_\_

buoni postali (importo) \_\_\_\_\_

titoli (importo) \_\_\_\_\_

canoni di locazione (importo) \_\_\_\_\_

altro (specificare) \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

#### **QUADRO E – Situazione patrimoniale mobiliare**

**Indicare il patrimonio mobiliare** (depositi bancari, titoli di stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comuni d'investimento) complessivamente posseduto dal soggetto alla data del 31/12 dell'anno precedente alla presentazione della presente dichiarazione sostitutiva.

Consistenza del patrimonio mobiliare \_\_\_\_\_ Descrizione Intermediario o  
gestore \_\_\_\_\_

#### **QUADRO F – Situazione patrimoniale immobiliare**

**Indicare il patrimonio immobiliare** (un cespite per ogni rigo di tabella sottostante) posseduto dal soggetto richiedente alla data del 31/12 dell'anno precedente alla presentazione della presente dichiarazione sostitutiva.

Tipo di Patrimonio (1)	Situato nel Comune di	Quota posseduta (percentuale)	Valore Catastale o dominicale	Casa di Abitazione (2)	Indisponibilità per usufrutto o vincoli giudiziari

(1) utilizzare i seguenti codici: **F**=Fabbricati; **TE**=Terreni Edificabili; **TA**=Terreni Agricoli.

(2) contrassegnare con una X solo la casella relativa all'immobile dichiarato ed utilizzato come abitazione principale del nucleo familiare

#### QUADRO H – Situazione ISEE ex DPCM 159/2013

**SE TRATTASI DI BENEFICIARIO NON AUTOSUFFICIENTE O CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE**

- che il proprio ISEE Socio Sanitario – Residenziale ex art.6 del DPCM 159/2013 è pari ad € \_\_\_\_\_, giusta attestazione ISEE - INPS rilasciata in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di aver presentato DSU giusto protocollo di invio all'INPS n. \_\_\_\_\_ con l'assistenza del CAAF \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**SE TRATTASI DI BENEFICIARIO AUTOSUFFICIENTE O SEMIAUTOSUFFICIENTE NON TITOLARE DI RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA'**

- che il proprio ISEE Socio Sanitario – Residenziale ex art.6 del DPCM 159/2013 è pari ad € \_\_\_\_\_, giusta attestazione ISEE - INPS rilasciata in data \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di aver presentato DSU giusto protocollo di invio all'INPS n. \_\_\_\_\_ con l'assistenza del CAAF \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

#### AVVERTENZE

**La compilazione del seguente campo è obbligatoria per quanto concerne i dati identificativi relativi alla DSU e all'attestazione ISEE e la mancata compilazione determina il rigetto dell'istanza.** In ordine alla documentazione da produrre a corredo dell'istanza: è facoltà del richiedente allegare copia della DSU presentata ovvero dell'attestazione ISSE in possesso, in mancanza, la predetta documentazione sarà acquisita automaticamente dall'Ente, mediante accesso alle Banche dati INPS. Si ricorda che l'ISEE ha validità di anni uno decorrenti dal rilascio dell'attestazione e con scadenza perentoria al 15 gennaio dell'anno successivo al rilascio.

#### SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA

Io sottoscritt... consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiaro di aver compilato il presente modulo di domanda composto da n. 5 fogli e che quanto in essi espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'art. 43 del citato DPR n. 445/2000 ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione competente.

Dichiaro altresì, di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale potranno essere eseguiti

controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio immobiliare.

Luogo	Data	firma dichiarante
<p><input type="checkbox"/> La presente dichiarazione è resa nell'interesse del Soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado al pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso)</p> <p><input type="checkbox"/> La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).</p>		

Se ricorre uno dei casi suddetti ogni riferimento al "dichiarante" è da intendersi come riferimento al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è redatta la dichiarazione.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE DICHIARA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME O PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune o stato estero di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Indirizzo e n. civico \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE FOTOCOPIA  
DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE**

**Informativa ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Gentile Utente, desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati dal personale autorizzato del Comune di Andria e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà fondamentali. In qualsiasi momento potrà esercitare tutti i suoi diritti scrivendo al Titolare del trattamento dei dati (Città di Andria - Palazzo di Città - Piazza Umberto I - 76123 Andria - (BT) - pec : [protocollo@cert.comune.andria.bt.it](mailto:protocollo@cert.comune.andria.bt.it)).

**L'informativa estesa è disponibile sul sito istituzionale del Comune di Andria, in Amministrazione trasparente – altri contenuti privacy al seguente indirizzo <http://www.comune.andria.bt.it/wpdm-package/informative-privacy-settore-4/>**

L'interessato esprime consenso espresso per l'utilizzo dei dati dichiarati per finalità connesse e complementari rispetto alla richiesta formalizzata, con possibilità di comunicazione degli stessi a persone fisiche o giuridiche all'uopo icaricate.

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_