Allegato G - Modello domanda per destinatari

Sostegno economico a familiari di persone ospiti (o agli ospiti) in strutture residenziali socio sanitarie e sociali per persone anziane, disabili, con problemi di salute mentale

(Attuazione decreto regionale n. 34 del 20/10/2026)

CUP: I21H26000130007

Finanziato con risorse del Programma Operativo Complementare (POC) Marche 2014-2020

(Delibera Cipess n. 9/2024) Asse 7 Azione 7.4 Intervento Multileva Priorità 9.4)

ISTANZA DI CONTRIBUTO

ALL' UNIONE MONTANA DELL'ESINO FRASASSI, ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n.10

ISTANZA DI CONTRIBUTO
SEZIONE A – DATI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto:

- Cognome: _____
- Nome: _____
- Codice fiscale: _____
- Data di nascita: _____
- Comune di residenza: _____ Prov.: _____
- Indirizzo: _____
- Telefono / e-mail / PEC: _____

In qualità di
Barrare la casella corrispondente:

- ☐ Familiare della persona in struttura (FPIS)
- ☐ Persona in struttura (PIS)
- ☐ Amministratore di sostegno di persona in struttura
- ☐ Tutore

SEZIONE B – DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto dall'avviso pubblico approvato dalla Regione Marche con decreto n. 34 del 20/10/2026, rettificato con decreto n. 35 del 22/10/2026.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. Dichiarazioni per il familiare della persona in struttura (FPIS)

Da compilare in caso di familiare FPIS che presenta l'istanza.

1.1. Reddito ISEE del nucleo familiare

Dichiara che il proprio reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) ordinario, in corso di validità, riferito al nucleo familiare di appartenenza individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è pari a:

Euro: _____

(Non superiore a euro 25.000,00.)

1.2. Periodo di pagamento della quota sociale della retta

Dichiara di sostenere il pagamento della quota sociale della retta, o parte di essa, per il congiunto ospitato in struttura:

- ☐ Periodo dal _____ (dall'01/01/2026 o successivo, specificare) a tutt'oggi.

Oppure

- ☐ Periodo dal _____ al _____.

Motivo dell'interruzione:

- ☐ Rinuncia
- ☐ Perdita di un requisito di accesso
- ☐ Interruzione del pagamento della retta

Altra specificazione: _____

1.3. Presenza del familiare in struttura

Dichiara che il familiare per il quale sostiene la retta è attualmente ospite di una struttura residenziale.

1.4. Assenza di altri contributi pubblici

Dichiara che per la quota sociale della retta di riferimento non percepisce altri contributi da parte di altri enti pubblici.

1.5. Residenza al 1° gennaio

Dichiara che al 1° gennaio era residente nel Comune di:

- Comune: _____
- Provincia: _____

1.6. Residenza attuale

Dichiara che attualmente è residente nel Comune di:

- Comune: _____
- Provincia: _____

1.7. Assenza di altre istanze

Dichiara di non aver presentato istanza per il presente contributo presso un altro Ambito Territoriale Sociale.

1.8. ISEE sociosanitario residenze della persona in struttura

Dichiara che il reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) sociosanitario residenze, in corso di validità, della Persona in Struttura (PIS), individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è pari a:

Euro: _____

(Non superiore a euro 25.000,00.)

1.9. Modalità di pagamento della retta

Dichiara che il pagamento della retta, o di parte di essa, per il familiare ospite in struttura residenziale:

- ☐ È da me sostenuto tramite pagamento diretto della fattura a me intestata o cointestata.
- ☐ È da me sostenuto tramite pagamento diretto della fattura intestata alla PIS.
- ☐ È da me sostenuto tramite bonifico sul conto della PIS (persona in struttura).

2. Dichiarazioni per la persona in struttura (PIS)

Da compilare in caso di persona in struttura PIS che presenta l'istanza.

2.1. Residenza prima dell'ingresso in struttura

Dichiara che la residenza prima dell'ingresso in struttura era presso il Comune di:

- Comune: _____
- Provincia: _____

(Deve essere un Comune della Regione Marche per avere accesso al beneficio.)

2.2. Reddito ISEE sociosanitario residenze

Dichiara che il proprio reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) sociosanitario residenze, in corso di validità, individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è pari a:

Euro: _____

(Non superiore a euro 25.000,00.)

2.3. Periodo di pagamento della quota sociale della retta

Dichiara di sostenere il pagamento della quota sociale della retta, o parte di essa:

- ☐ Periodo dal _____ (dall'01/01/2026 o successivo, specificare) a tutt'oggi.

Oppure

- ☐ Periodo dal _____ al _____.

In caso di interruzione del pagamento, specificare il motivo:

2.4. Assenza di altri contributi pubblici

Dichiara che per la quota sociale della retta di riferimento non percepisce altri contributi da parte del Comune o di altri enti pubblici.

2.5. Presenza in struttura

Dichiara di essere attualmente ospite di una struttura residenziale.

SEZIONE C – DATI DELLA PERSONA ATTUALMENTE IN STRUTTURA

Da compilare solo per le istanze presentate dai familiari della persona in struttura.

1. Dati anagrafici

- Cognome e nome: _____
- Data di nascita: _____

2. Grado di parentela della persona in struttura con il sottoscritto

Barrare la casella corrispondente:

- ☐ Coniuge, convivente di fatto o unito civilmente
- ☐ Parente di primo grado (specificare): _____
- ☐ Parente di secondo grado (specificare): _____
- ☐ Affine di primo grado (specificare): _____
- ☐ Affine di secondo grado (specificare): _____

3. Dati della struttura residenziale

- Denominazione della struttura residenziale in cui la PIS è ospite: _____
- Comune sede della struttura: _____
- Indirizzo: _____
- Provincia: _____
- Data di autorizzazione al funzionamento ai sensi della vigente normativa regionale: _____
- Comune/Ente che ha rilasciato l'autorizzazione: _____

4. Area di utenza della struttura residenziale

Barrare la casella corrispondente:

- ☐ Anziani
- ☐ Disabili
- ☐ Salute mentale

Tipologia della struttura (vedi tabella Allegato F all'avviso): _____
Data di ingresso in struttura: _____
Codice ORPS della struttura: _____
Per il codice ORPS consultare http://serviziorps.regione.marche.it/ricerca, specificare la denominazione della struttura, cliccare su "Cerca" e poi sulla lente d'ingrandimento per visualizzare il codice ORPS.

SI IMPEGNA

Il richiedente si impegna a osservare tutte le disposizioni e gli obblighi previsti dall'Avviso, pena la revoca del contributo, e a comunicare tempestivamente all'Ambito Territoriale Sociale di riferimento ogni variazione dei dati dichiarati nella presente domanda, intervenuta successivamente alla presentazione della stessa.

AUTORIZZA

- L'Unione Montana dell'Esino Frasassi, ente capofila dell'ATS 10, a richiedere alla Direzione della struttura residenziale ogni informazione utile a verificare l'effettiva presenza della persona ospite per la quale il destinatario finale presenta istanza.
- L'Unione Montana dell'Esino Frasassi, ente capofila dell'ATS 10, a richiedere al Comune di residenza e all'INPS informazioni relative all'assenza di erogazione di contributi aventi la medesima finalità.
- Il trattamento dei dati personali come da informativa ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003, novellato dal D. Lgs. 101/2018, e Regolamento UE n. 2016/679.

SEZIONE D – DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Documento di identità.

Luogo: _____

Data: _____ / _____ / 2026

Firma del richiedente: _____

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento UE n. 2016/679 – Servizi sociali

Gentile Signore/a,
desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, formeranno oggetto di trattamento da parte di questo Ente nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuto.

1. Il Titolare del trattamento è l'Unione Montana dell'Esino-Frasassi - riferimenti: e-mail: ambito10@umesinofrasassi.it tel. 0732/6951.
2. Il responsabile della Protezione dei dati: Step s.a.s. di Bocchini Carla & c.
3. Finalità del trattamento: i dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti dalla legge/regolamento ai fini delle prestazioni di servizi sociali.
4. Categorie particolari di dati: i servizi/attività/documenti da Lei richiesti potrebbero richiedere il trattamento di dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" (ovvero quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici, i dati relativi alla salute, alla vita sessuale o all'orientamento sessuale"). Il trattamento sarà effettuato solo se trova il proprio fondamento in una norma di legge o di regolamento ovvero su Suo espresso consenso.
5. Categorie di destinatari: i dati potranno essere comunicati o diffusi a soggetti pubblici o privati nei casi previsti dalla legge o da regolamento.
6. Modalità di trattamento e conservazione: il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 2016/679 in materia di misure di sicurezza e ad opera di soggetti appositamente incaricati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo strettamente necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e/o all'adempimento di obblighi di legge.
7. Trasferimento dei dati personali: la gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server del Titolare e/o di società terze, nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I Suoi dati non saranno trasferiti in Paesi membri dell'unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'unione Europea.
8. Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione: il Comune non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
9. Diritti dell'interessato: in ogni momento, Lei potrà esercitare il diritto di accesso ai dati personali, ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguarda, opporsi al trattamento, ottenere la portabilità dei dati, revocare eventuale consenso, ove previsto,
10. proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante della Privacy). Laddove la S.V. non intenda conferire i dati personali richiesti e necessari, l'Unione Montana dell'Esino-Frasassi non potrà erogare il servizio o prestare l'attività richiesta.

L'informativa più dettagliata, comprensiva degli indirizzi e dei contatti per l'esercizio dei Suoi diritti, è pubblicata sul sito.

CONSENSO AL TRATTAMENTO
Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 2016/679.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

_____ _____ _____

luogo data firma