Allegato H – modello rendiconto per destinatarie

CONTRIBUTI ECONOMICI ALLE
DONNE CON FAMILIARI OSPITI DI STRUTTURE RESIDENZIALI
SOCIO-SANITARIE E SOCIALI (L.R. 21/2016 e s.m.i.) DELLE AREE DI UTENZA "ANZIANI", "DISABILITÀ" E "SALUTE MENTALE

Progetto
"Voucher di cura residenzialità per la conciliazione tempi di vita, cura e lavoro. Donne in equilibrio: tempi di vita di cura e di lavoro"
(Attuazione decreto regionale n. 33 del 20 ottobre 2026 e n. 35 del 22 ottobre 2026)

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n.12

CUP: **D71C26000130007**

La sottoscritta:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Comune di residenza: _____

risultante finanziabile in graduatoria con decreto della Regione Marche n._____ del_____

CHIEDE

- La liquidazione del contributo riconosciuto per i mesi di:

□ gennaio □ febbraio □ marzo □ aprile □ maggio □ giugno □ luglio □ agosto □ settembre □ ottobre □novembre □dicembre
anno 2026
per un totale di euro_____ (*euro 250 mensili)*

In caso si richieda la liquidazione del contributo solo per alcune mensilità specificare la motivazione dell'interruzione_____

- che il contributo richiesto venga accreditato sul conto corrente di seguito indicato **:**

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intestato a_____

Pertanto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara quanto segue:

Dichiara

- che per ciascuno dei mesi inseriti nella presente richiesta la quota sociale della retta o parte di essa è stata sostenuta per un periodo pari o superiore a 15 giorni
- di non aver usufruito per la retta di riferimento altri contributi da parte del Comune o altri enti pubblici;

Da compilare solo per le donne disoccupate:

- di aver sottoscritto l'immediata disponibilità a svolgere un'attività lavorativa comprovata dall'apposita dichiarazione (DID) rilasciata in data_____ presso il Centro per l'Impiego di_____;

Da compilare solo per le donne inattive o inoccupate:

- di aver sottoscritto il Patto di Servizio presso il Centro per l'Impiego di _____ in data_____;

(tali atti hanno valenza annuale)

- che il familiare in struttura a cui il pagamento della retta si riferisce, è identificato come segue:

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Grado di parentela del familiare con la sottoscritta :

(*gli affini solo se la retta o quota parte è sostenuta dalla diretta interessata*)

Ingresso della persona in struttura in data_____

AUTORIZZA

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.

Si allega quanto segue:

(barrare una delle tre opzioni)

☐ contratto con la struttura o altro documento da cui si evince l'impegno economico della DFPIS a sostenere la quota sociale della retta in tutto o in parte

☐ contratto con la struttura intestato alla PIS per il quale sostengo direttamente il pagamento

☐ contratto con la struttura intestato alla PIS per il quale sostengo il pagamento tramite bonifico in favore della PIS

☐ Fatture/Note di debito/Dichiarazioni rese dal legale rappresentante dell'ente gestore, riferite ai mesi di_____ intestate a □DFPIS □PIS □altro componente (*solo se disoccupata, inoccupata, inattiva*) come segue:

- n. _____ del _____ riferita al mese di _____
- n. _____ del _____ riferita al mese di _____
- n. _____ del _____ riferita al mese di _____

  (fatture/note di debito/dichiarazioni legale rappresentante dell'ente gestore della struttura residenziale)

☐ Ricevute del pagamento delle fatture suindicate o quota parte come segue:

- ricevuta/bonifico del _____euro_____ riferita alla fattura n. _____
- ricevuta/bonifico del _____euro_____ riferita alla fattura n. _____
- ricevuta/bonifico del _____euro_____ riferita alla fattura n. _____

  (dalle ricevute si deve evincere il beneficiario struttura residenziale)

Firma della richiedente: _____
Allegare copia documento identità in caso di firma autografa

Luogo: _____ Data: ___ / ___ / 2026

(Firmare anche Informativa Privacy di seguito)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(*ai sensi dell'art. 13, Regolamento 2016/679/UE - GDPR*)

Informativa Legge n. 241/1990 e s.m.i.

Amministrazione competente	Comune di Falconara M.ma, in qualità di Comune capofila dell'ATS 12 Piazza del Municipio, 1 Falconara M.ma
Oggetto del procedimento	Avviso Multileva Delibera della Giunta Regionale n. 888 del 13/07/2026; Decreto del Dirigente del Settore Inclusione Sociale e Strutture Sociali n. 33/2026 e 35/2026; Determinazione Dirigenziale n. 1426/2026;
Responsabile procedimento	Coordinatrice dell'ATS 12 Dott.ssa Barbara Giacconi.
Inizio e termine del procedimento	L'avvio del procedimento decorre dal giorno di Protocollazione della data della domanda, i termini di conclusione del procedimento sono stabiliti in conseguenza all'accertamento di entrata dei fondi.
Inerzia dell'Amministrazione	L'interessato potrà attivarsi ai sensi dell'art. 2 c. 9 bis L. 241/90 nel rispetto delle disposizioni fissate dall'Amministrazione Comunale. Successivamente rimane comunque possibile attivare il ricorso al TAR nei termini di legge.
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti	Ambito Territoriale Sociale n. 12 – Piazza del Municipio, 1 - Falconara M.ma, nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli art. 22 e seguenti della L. 241/1990 come modificata dalla L. 15/2005 e dal regolamento sul diritto di accesso alle informazioni, agli atti e documenti amministrativi, adottato dal Comune di Falconara M.ma.

Informativa. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.) e del D.lgs.196/2003 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

Titolari del trattamento: Comune di Falconara M.ma in qualità di Ente Capofila dell'ATS n. 12.
Responsabile del trattamento: Coordinatore ATS 12.
Incaricati: Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, all'ATS e al Comune di Falconara M.ma in qualità di Comune capofila dell'ATS n. 12.
Responsabile Protezione dati dell'Ente capofila: Morolabs Srl - Riferimento: Francesco Moroncini Tel./FAX: 071.9030585/071.2210025 e-mail/PEC: dpo@morolabs.it / morolabs@legalmail.it
Finalità: i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alla concessione del beneficio richiesto.

Modalità: i dati saranno trattati secondo quanto previsto dal Reg. UE del 27 aprile 2016, n. 679. La raccolta e il trattamento dei dati saranno effettuati con strumenti manuali, elettronici ed informatici, con verifiche previste e pertanto correlati ai principi anzidetti. Il trattamento è costituito da operazioni o insieme di operazioni indicate all'art. 4, punto 2) del Reg. UE 679/2016, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
bito di comunicazione: I dati verranno utilizzati dall'Ufficio di Coordinamento dell'Ambito Territoriale Sociale n. 12. La ologia dei dati e le operazioni eseguibili, avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati sono municati alle Autorità concedenti il finanziamento ai fini di monitoraggio sulle risorse assegnate e possono essere municati all'Agenzia delle Entrate, alla Prefettura, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, r le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti per accedere al contributo. I dati ranno comunicati all'Istituto di credito per l'emissione dell'eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi; Verifiche: l'autenticità delle dichiarazioni rese; della sottoscrizione; delle autocertificazioni e delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà sono soggette alla disciplina del D.P.R. 445/2000 quanto a modalità e responsabilità conseguenti. Per le ipotesi di falsità in atto e/o dichiarazioni mendaci, il dichiarante incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché nelle conseguenze amministrative di esclusione, ai sensi del Capo V del D.P.R. 445/2000 (artt. 73/74/75/76)
Natura del conferimento dei dati: il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta l'esclusione dal procedimento.
Diritti: l'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dagli art. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi alla sede del Comune capofila di ciascun A.T.S.
Sito: l'elenco dei Responsabili è pubblicato sul sito di ogni Comune

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

_____	_____	_____
luogo	**data**	**firma**