Allegato G - Modello istanza 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 ottobre 2026 e n. 35 del 22 ottobre 2026)

ISTANZA DI CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. 12

CUP ATS 12: **D71H26000130003**

Il sottoscritto:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

Comune di residenza: _____ Prov. (____)_____

Indirizzo: _____

Telefono / Email/pec:

_____

In qualità di:
□ **Familiare della persona in struttura (FPIS)**
□ **Persona in struttura** □**Amministratore di sostegno di persona in struttura** □**tutore**
(barrare la casella di interesse)

CHIEDE

DI poter accedere al contributo previsto dall'avviso pubblico approvato dalla Regione Marche con decreto n. 34 del 20.10.2026

Ambito Territoriale n.12 Sociale

E 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:

□***(Da compilare in caso di familiare FPIS che presenta l'istanza)***

- 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 di euro _____; (*non superiore ad euro 25.000,00*)
- 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 _____(*specificare motivo interruzione: rinuncia, perdita di un requisito di accesso, interruzione pagamento retta, ecc.*)_____

- **che il familiare per il quale si sostiene la retta è attualmente in struttura residenziale**;
- che per la quota sociale della retta di riferimento non si percepiscono altri contributi da parte di altri enti pubblici;
- che al 1° gennaio ero residente nel Comune di _____ Prov (…..)
- di non aver presentato istanza per il presente contributo in altro Ambito Territoriale Sociale,
- che il reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) socio-sanitario residenze in corso di validità della Persona in Struttura (PIS), individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è di euro _____; (*non superiore ad euro 25.000,00*)
- Che il pagamento della retta o parte di essa per il familiare ospite in struttura residenziale:

□ è da me sostenuto tramite pagamento diretto della fattura a me intestata (o co-intestata);
□ 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)

□***(Da compilare in caso di persona in struttura PIS che presenta l'istanza)***

- Che la residenza prima dell'ingresso in struttura era presso il Comune di_____ Prov: (…);
- Che il proprio reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) socio-sanitario residenze in corso di validità individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è di euro _____; (*non superiore ad euro 25.000,00*)
- di sostenere il pagamento della quota sociale della retta:
  □ periodo dal_____ *(dall'01/01/2026 o successivo specificare*) a tutt'oggi;

□ periodo dal_____ al _____ (*in caso il pagamento sia stato interrotto specificare motivo interruzione)*_____

- che *per la* quota sociale della retta di riferimento non si percepiscono altri contributi da parte del Comune o altri enti pubblici o da familiari;
- **di essere attualmente in struttura residenziale**

SEZIONE C – DATI DELLA PERSONA ATTUALMENTE IN STRUTTURA (parte evidenziata in grigio da compilare solo per le istanze di FPIS Familiari di persona in struttura)

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Grado di parentela della persona in struttura CON IL SOTTOSCRITTO:

□ coniuge o 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……..)

Denominazione Struttura residenziale in cui la PIS è ospite:

_____

SEDE della struttura (Comune)_____ Indirizzo_____

Prov._____ codice ORPS_____

AREA DI UTENZA struttura RESIDENZIALE:

☐ ANZIANI

☐ DISABILI

☐ SALUTE MENTALE

Tipologia struttura (Vedi tabella allegato F all'avviso)_____

Ingresso in struttura in data_____

Codice ORPS struttura _____(vedi http://serviziorps.regione.marche.it/ricerca - *specificare servizi, effettua ricerca, denominazione struttura, cliccare su "cerca" poi su lentina per vedere il codice orps)*

SI IMPEGNA

ad 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'ATS a richiedere alla Direzione della struttura residenziale ogni informazione utile a verificare l'effettiva presenza della persona ospite per la quale il destinatario finale fa istanza;

- l'ATS a richiedere al Comune di residenza e all'INPS o altri enti pubblici l'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 identità (FPIS+PIS)
- Informativa sul trattamento dei dati personali (di seguito da sottoscrivere)

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

Luogo: _____ Data: ___ / ___ / 2026

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. 889 del 13/07/2026; Decreto del Dirigente del Settore Settore Inclusione Sociale e Strutture Sociali n. 34/2026 e n. 35/2026; Determinazione Dirigenziale n. 1427/2026;
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: Coordinatrice dell'ATS 12 Dott.ssa Barbara Giacconi
Incaricati: Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti assegnati anche temporaneamente, all'ATS 12, il Comune di Falconara M.ma in qualità di Comune capofila dell'ATS n. 12, tenuto alla liquidazione dei contributi assegnati, unitamente all'istituto creditizio di tesoreria comunale.
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.
Ambito di comunicazione: I dati verranno utilizzati dall'Ufficio di Coordinamento dell'Ambito Territoriale Sociale n. 12. La tipologia dei dati e le operazioni eseguibili, avvengono in conformità a quanto stabilito nella legge. In particolare i dati sono comunicati alle Autorità concedenti il finanziamento ai fini di monitoraggio sulle risorse assegnate e possono essere comunicati all'Agenzia delle Entrate, alla Prefettura, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti per accedere al contributo. I dati verranno 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 conferimento 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**

Ambito Territoriale n.12 Sociale