Allegato H - Modello rendiconto per destinatari

Contributi economici a familiari di persone ospiti (oppure a 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)

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. 12

CUP ATS 12: **D71H26000130003**

Il/la sottoscritto/a (*Dati del destinatario del contributo):*

Cognome: _____

Nome: _____

Residenza:_____

Codice Fiscale: _____

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

in qualità di:

□Familiare della persona in struttura

□Persona in struttura □amministratore di sostegno □tutore

CHIEDE

- la liquidazione del contributo a sostegno della retta pagata per la struttura residenziale, per i mesi di

□ gennaio □ febbraio □ marzo □ aprile □ maggio □ giugno □ luglio □ agosto □ settembre □ ottobre □ novembre □ dicembre
Anno 2026

per un totale di euro_____ *(250,00 MENSILI)*

- che il contributo per il periodo di riferimento, pari ad euro_____ (euro 250,00 mensili) venga accreditato sul conto corrente di seguito indicato che risulta intestato a :

Ambito Territoriale n.12 Sociale

_____

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

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;

solo per FPIS

- che il familiare in struttura per il quale si chiede il contributo è identificato come segue: Cognome e Nome: _____

  Data di nascita:

  _____

  Grado di parentela del familiare CON IL SOTTOSCRITTO :_____

Struttura residenziale denominata:

_____

codice ORPS_____

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:

Ambito Territoriale n.12 Sociale

(barrare una delle tre opzioni)

☐ contratto con la struttura o altro documento da cui si evince l'impegno economico del FPIS 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 della struttura o note di debito / dichiarazioni rese dal legale rappresentante dell'ente gestore della struttura riferite ai mesi di_____ come segue

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

  (fatture 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 del 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. 889 del 13/07/2026; Decreto del Dirigente del 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