

**Oggetto: Anno 2024 – Richiesta di Calcolo o di Aggiornamento Quota di Compartecipazione comunale al Pagamento della Diaria giornaliera per l'inserimento in RSA/Struttura Socioriabilitativa (ex art.26) dell'Utente, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo mail/pec \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in Fonte Nuova in Via \_\_\_\_\_

**In riferimento alla Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.**

Dichiara che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

è titolare dell'Indennità di Accompagnamento

NON è titolare dell'Indennità di Accompagnamento

**CHIEDE** - per l'anno 2024 - al Comune di Fonte Nuova (RM), l'integrazione al pagamento della Diaria Giornaliera per l'inserimento dell'Utente in oggetto presso la RSA/Struttura Socioriabilitativa

\_\_\_\_\_

in regime Residenziale/Semiresidenziale.

A tal fine si allega alla presente:

- **Modello ISEE Sociosanitario** (redatto secondo DPCM 159/2013, nuova Normativa entrata in vigore dal 01.01.2015), da elaborare in base alle seguenti tipologie:
  - o ISEE Sociosanitario Residenziale (con componente aggiuntiva dei figli non conviventi) per inserimenti presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
  - o ISEE Sociosanitario (per nucleo ristretto) per inserimenti in Strutture Socioriabilitative.
- Copia del Codice Fiscale e della Carta d'Identità del richiedente e dell'ospite della struttura
- **Certificato medico di ricovero** presso la Struttura ospitante rilasciato dal CAD della ASL.
- **Progetto riabilitativo** con specificazione del **Grado di Mantenimento** (Alto, Basso, Elevato, Moderato) rilasciato dalla Struttura ospitante per il periodo previsto nel Certificato di ricovero con relativi rinnovi dello stesso e **Attestazione di Ospitalità**
- Copia del certificato di Invalidità Civile ed eventuale copia della certificazione L. 104/1992 art.3
- Se presente, copia della Sentenza del Giudice Tutelare attestante l'assegnazione dell'incarico di Amministratore di Sostegno/Tutore.

Fonte Nuova, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_