



Allegato B - Modello domanda contributo

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 D.G.R. 889/2026 – DDS 34/2026 – DDS 35/2026 –
Determinazione Dirigenziale n.1323/2026
CODICE CUP F71H26000070003

ISTANZA DI CONTRIBUTO - INTERVENTO MULTILEVA 3.2

All'Ambito Territoriale Sociale 21

Comune S. Benedetto del Tronto

Viale De Gasperi, 124

63074 San Benedetto del Tronto

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

☐ Persona in struttura

☐ Amministratore di sostegno di persona in struttura ☐ tutore ☐ curatore

(barrare la casella di interesse)



CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto dall'avviso pubblico approvato dalla Regione Marche con D.G.R. 889/2026 – DDS 34/2026.

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 sia il familiare di persona in struttura a presentare 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 della Regione Marche;
 - che il reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) socio-sanitario residenze in corso di validità della Persona in Struttura, 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 persona in struttura;



☐ è da me sostenuto tramite bonifico sul conto della persona in struttura.

☐ **(da compilare in caso sia la persona in struttura a presentare 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
(da compilare solo per le istanze presentate dal Familiare della persona in struttura)

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Codice Fiscale _____

Grado di parentela della sottoscritta con la persona in struttura:

- ☐ 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 persona è ospite:



SEDE della struttura (Comune) _____

Indirizzo _____ Prov. _____ codice ORPS _____

(per codice Orps vedi su <http://servizioprs.regione.marche.it/ricerca> specificare la denominazione struttura, cliccare su “cerca” poi su lentina per vedere il codice orps)

AREA DI UTENZA struttura RESIDENZIALE:

☐ ANZIANI

☐ DISABILI

☐ SALUTE MENTALE

Tipologia struttura (Vedi tabella allegato D all’avviso) _____

Ingresso in struttura in data _____

ISEE socio sanitario residenze in corso di validità della persona in struttura € _____

(non superiore ad euro 25.000,00)

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 la donna presenta istanza;
- l’ATS a richiedere al Comune di residenza e all’INPS e eventuali 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

- ⇒ copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del familiare e della persona in struttura;
- ⇒ informativa privacy;



- ⇒ contratto con la struttura residenziale o altro documento da cui si evinca l'impegno economico del Familiare della persona in struttura al pagamento, della quota sociale della retta, in tutto o in parte;
- ⇒ **ALLEGATO C** unitamente ad idonea documentazione fiscale inerente il pagamento della quota sociale della retta (periodo Gennaio – Settembre 2026).

_____, lì _____

Firma
