



COMUNE DI MOGGIO UDINESE

Provincia di Udine

medaglia d'oro al valore civile

P.ZZA UFFICI, 1
C.F. 8400 1550 304
TEL. 0433 / 51177-51877-51888
www.comune.moggioudinese.ud.it

C.A.P. 33015
P. I.V.A. 01 134 980 307
FAX 0433 / 51371
segreteria@com-moggio-udinese.regione.fvg.it

Centro Anziani Ettore Tolazzi

Gentile Signora, gentile Signore,

desideriamo informarLa che, con l'articolo 9, comma 7 della L.R. 24/2009, l'Amministrazione regionale ha stabilito di incrementare, con decorrenza dal 01.01.2010, il contributo di cui all'articolo 13 della L.R. 10/1997 finalizzato all'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza di persone anziane non autosufficienti in strutture residenziali regolarmente autorizzate.

Con deliberazioni n. 776 del 21.04.2010 e n. 1282 del 30.06.2010, la Giunta regionale, nel dare attuazione alle succitate disposizioni legislative, ha definito l'entità e le modalità di erogazione dell'incremento del contributo, prevedendo in particolare:

- a) un aumento generalizzato della quota capitaria pari a 1 Euro, definendo pertanto in Euro 16,60 il contributo giornaliero da riconoscere, a decorrere dal 01.01.2010, a tutti gli ospiti non autosufficienti accolti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti di cui al DPR 083/90 (strutture protette o ad utenza diversificata) e in Euro 13,28 da riconoscere, sempre con effetto retroattivo al 01.01.2010, a tutti gli ospiti non autosufficienti accolti nelle strutture residenziali per anziani di cui alla DGR 1612/2001 (residenze polifunzionali con moduli di fascia A);
- b) un ulteriore aumento della quota capitaria da erogare, a decorrere dal 01.01.2010, in funzione dell'ISEE del beneficiario e del suo nucleo familiare, prevedendo le seguenti fasce di contribuzione:

ISEE DEL TITOLARE DEL CONTRIBUTO (in Euro)	QUOTA CAPITARIA GIORNALIERA LEGATA ALL'ISEE	
	Per ospiti accolti in strutture residenziali di tipo "Utenza Diversificata" e "Residenze Protette"	Per ospiti accolti in strutture residenziali di tipo "Polifunzionali Mod. A"
Fino a 15.000	Euro 2,50	Euro 2,00
Da 15.001 a 25.000	Euro 1,50	Euro 1,20

Come stabilito dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1282 del 30.06.2010, l'accesso alla quota capitaria giornaliera aggiuntiva legata all'ISEE deve avvenire su specifica richiesta del diretto interessato o della persona di riferimento che ne cura gli interessi.

Pertanto, i soggetti interessati ad ottenere tale contributo aggiuntivo sono invitati a presentare all'ente gestore della presente struttura residenziale, la seguente documentazione:

- **modulo di richiesta di contributo** ("Modulo C.2015" allegato alla presente), debitamente compilato e sottoscritto dal richiedente;
- **attestazione ISEE** dell'ospite titolare del contributo aggiuntivo e del suo nucleo familiare, **in corso di validità alla data di presentazione della domanda**, applicabile alle prestazioni socio sanitarie residenziali per persone maggiorenni (**ISEE socio sanitario residenze**).

Si precisa che qualora l'ospite accolto provenga da un'altra struttura residenziale (trasferimento) nella quale gli veniva già riconosciuta la quota di contributo aggiuntivo legata all'ISEE, al fine della conferma del contributo sarà sufficiente che l'anziano o la persona di riferimento che ne cura gli interessi presenti a questa struttura residenziale la seguente documentazione:

- modulo "Richiesta mantenimento contributo per trasferimento" (Modulo D.2015 allegato alla presente), debitamente compilato e sottoscritto dal richiedente;
- copia dell'attestazione ISEE già presentata ai fini dell'ottenimento del contributo aggiuntivo nella precedente struttura di accoglienza.

La succitata documentazione deve essere consegnata ovvero deve pervenire, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, alla presente struttura residenziale, prima dell'accesso in residenza. Nell'ipotesi di presentazione successiva all'accoglimento in residenza, la quota di contributo legata alla situazione economica della persona non autosufficiente sarà riconosciuta a partire dalla data di ricevimento della documentazione medesima.

Si precisa che l'attestazione ISEE, in relazione alla quale viene stabilito l'accesso alla quota di contributo aggiuntivo, **dovrà essere ripresentata solo nel caso in cui siano intervenuti eventi che ne modificano significativamente il valore tanto da comportare un cambiamento della fascia di contribuzione** prevista per l'ottenimento del beneficio. Al fine di verificare la veridicità e la permanenza della situazione economica dichiarata, saranno effettuate periodiche verifiche a campione.

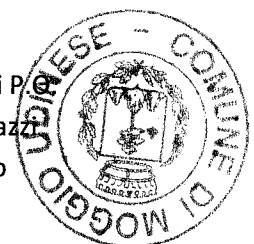
La informiamo che qualora non intendesse avvalersi dell'ulteriore contributo legato alla situazione economica, Le sarà garantito l'abbattimento della quota giornaliera attualmente definita in Euro 16,60 per le persone non autosufficienti accolte nelle strutture protette o ad utenza diversificata e Euro 13,28 per quelli accolti nei Moduli di fascia A delle Residenze polifunzionali.

Al fine di accertare che tutti i soggetti interessati siano stati adeguatamente informati sui contributi regionali in materia di abbattimento della retta di degenza nelle strutture residenziali per anziani, Le chiediamo cortesemente di restituirci la dichiarazione attestante il ricevimento della presente informativa, compilando e sottoscrivendo il modulo B.2015 in allegato.

Per qualsiasi ulteriore informazione, si invita a contattare gli uffici amministrativi della presente struttura residenziale.

Cordiali saluti.

Il Direttore / Titolare di P
Centro Anziani E. Tolazzi
Dott. Sandro Bruno



All’Ente gestore della struttura residenziale

Centro Anziani “E. Tolazzi” Via G. Ermolli n. 28 33015 <u>MOGGIO UDINESE UD</u> <small>(Inserire DENOMINAZIONE e INDIRIZZO struttura residenziale)</small>

Il/la sottoscritto/a

(NOME)

(COGNOME)

in qualità di (spuntare una delle caselle):

diretto interessato

persona che cura gli interessi del/la signor/a

(NOME)

(COGNOME)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000**, di aver preso visione delle modalità e delle procedure da seguire ai fini dell’ottenimento del contributo aggiuntivo di abbattimento della retta giornaliera di accoglienza di cui all’articolo 13, della L.R. 10/97, legato alla situazione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare.

			/				/			
(DATA)										

(FIRMA)

NON COMPILARE riservato alla struttura											
		/			/						
DATA DI RICEVIMENTO (GG/MM/AAAA)											

Spettabile Ente gestore della struttura residenziale

CENTRO ANZIANI "E. TOLAZZI" Via G. Ermolli n. 28 33015 MOGGIO UDINESE UD
(Inserire DENOMINAZIONE e INDIRIZZO struttura residenziale)

Oggetto: richiesta di contributo finalizzato all'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza ed erogato, ai sensi dell'articolo 13 della L.R. 8.04.1997, n. 10 e successive modifiche, a favore degli ospiti non autosufficienti accolti in strutture residenziali per anziani non autosufficienti, autorizzate ai sensi del decreto del presidente della Giunta regionale 14 febbraio 1990, n. 83 e della deliberazione della Giunta regionale 11 maggio 2001, n. 1612.

Il/la sottoscritto/a

(NOME)	

(COGNOME)	

nato/a a

		il		/		/				
(COMUNE DI NASCITA)			PROV	DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)						

e residente a

(COMUNE)		(PROV)	(CAP)

in

(VIA/PIAZZA)		N°

recapiti telefonici

(TELEFONO)	(CELLULARE)

in qualità di (spuntare una delle caselle):

diretto interessato

persona che cura gli interessi del/la signor/a

(NOME)

(COGNOME)

nato/a a	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">(COMUNE DI NASCITA)</td></tr></table>											(COMUNE DI NASCITA)										<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td>PROV</td></tr></table>		PROV	il	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)</td></tr></table>			/			/					DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)									
(COMUNE DI NASCITA)																																														
PROV																																														
		/			/																																									
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)																																														
e residente a	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">(COMUNE)</td></tr></table>											(COMUNE)										<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td>PROV</td></tr></table>		PROV	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">CAP</td></tr></table>							CAP														
(COMUNE)																																														
PROV																																														
CAP																																														
in	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="10">(VIA)</td></tr></table>											(VIA)										<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td>N°</td></tr></table>		N°																						
(VIA)																																														
N°																																														

CHIEDE

- di poter usufruire del contributo aggiuntivo per l'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza, legato alla situazione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare, in quanto in possesso dei requisiti di accesso previsti dalla DGR 1282 del 30.06.2010

A tal fine:

- allega l'attestazione ISEE del titolare del contributo e del suo nucleo familiare in corso di validità all'atto di presentazione della domanda, calcolata secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 159/2013 e comprensiva del valore dell'ISEE sociosanitario - residenze;
- allega fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
- consente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, il trattamento e l'utilizzo dei dati personali trasmessi, esclusivamente nell'ambito di procedimento per il quale la presente dichiarazione viene eseguita.

		/			/				
(DATA DI COMPILAZIONE)									

(FIRMA)									