

**Al Responsabile Settore V –Ufficio Servizi Sociali  
Comune di Lanuvio**

**OGGETTO: Richiesta di compartecipazione alla spesa per le Residenze Sanitarie Assistenziali. Anno .....**

- **PRIMA ISTANZA**
- **RINNOVO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in questo Comune in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La compartecipazione alla spesa per la Residenza Sanitaria Assistenziale denominata \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, presso cui è ricoverato

**DICHIARA**

- Di essere riconosciuto invalido civile al \_\_\_\_\_%;
- Che la quota sociale giornaliera richiesta dalla Struttura Assistenziale è pari ad € \_\_\_\_\_;
- Di impegnarsi a produrre Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini dell'acquisizione dell'attestazione ISEE in corso di validità, calcolata ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013 n. 159 per le Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
- Di essere a conoscenza che, in presenza di figli del beneficiario non inclusi nel nucleo familiare, l'ISEE va integrato della componente aggiuntiva dei seguenti figli non compresi nel nucleo familiare anagrafico del dichiarante:  
1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

oppure di non avere figli non conviventi oltre a quelli presenti nel nucleo anagrafico

- Di percepire indennità di accompagnamento mensile pari a € \_\_\_\_\_;

Allega:

- **Fotocopia di un documento di riconoscimento;**
- **Fotocopia verbale di riconoscimento diritto all'indennità di accompagnamento ( se percepita );**
- **Fotocopia attestazione ISEE o di DSU**

Lanuvio, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_