



## 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

\_\_\_\_\_