



Allegato G - Modello istanza per destinatari

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 decreto regionale n. 34 del 20.10.2026.)

ISTANZA DI CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 4 - URBINO

Codice CUP ATS: B91H26000090003

Il sottoscritto:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

Comune di residenza: _____ Prov. (____) _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Email: _____

IN RELAZIONE ALL'INDIRIZZO MAIL SOPRA INDICATO, CHE DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE INDICATO, SI AUTORIZZA L'INVIO DI COMUNICAZIONI CON VALORE DI NOTIFICA IN ESECUZIONE DI QUANTO PREVISTO DALL'AVVISO RELATIVO ALLA PRESENTE PROCEDURA.

Pec: _____

In qualità di :

- ☐ Familiare della persona in struttura (FPIS)
☐ Persona in struttura ☐ Amministratore di sostegno di persona in struttura ☐ tutore

CHIEDE

Di poter accedere al contributo previsto dall'avviso pubblico approvato dalla Regione Marche con decreto n. del 34 del 20.10.2026



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 di familiare FPIS che presenta l'istanza**

1) 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);*

2) 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)* _____

3) **che il familiare per il quale si sostiene la retta è attualmente in struttura residenziale;**

4) che per la quota sociale della retta di riferimento non si percepiscono altri contributi da parte di altri Enti pubblici;

5) che al 1° gennaio era residente nel Comune di _____ Prov (____);

6) di non aver presentato istanza per il presente contributo in altro Ambito Territoriale Sociale;

7) che il reddito ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) socio-sanitario residenze in corso di validità della Persona in Struttura (PIS), individuato ai sensi della normativa vigente in materia, è di euro _____ *(non superiore ad euro 25.000,00);*

8) 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 PIS
- ☐ è da me sostenuto tramite bonifico sul conto della PIS (persona in struttura)



☐ **Da compilare in caso di persona in struttura PIS che presenta l'istanza**

- 1) Che la residenza prima dell'ingresso in struttura era presso il Comune di _____
Prov. (_____)
- 2) 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);
- 3) di sostenere il pagamento della quota sociale della retta o parte di essa:
 - ☐ 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)

- 4) che per la quota sociale della retta di riferimento non si percepiscono altri contributi da parte del Comune o altri enti pubblici;
- 5) di essere attualmente in struttura residenziale

SEZIONE C – DATI DELLA PERSONA ATTUALMENTE IN STRUTTURA
(parte evidenziata in grigio da compilare Solo per le istanze di FPIS
Familiari di persona in struttura)

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Grado di parentela della persona in struttura CON IL SOTTOSCRITTO:

☐ 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 PIS è ospite:



SEDE della struttura(Comune) _____

Indirizzo _____ Prov. _____ codice ORPS _____

AREA DI UTENZA struttura RESIDENZIALE:

☐ ANZIANI

☐ DISABILI

☐ SALUTE MENTALE

Tipologia struttura _____

Ingresso in struttura in data _____

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 il destinatario finale fa istanza;
- l'ATS a richiedere al Comune di residenza e all'INPS o 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 valido documento di identità del FPIS (Familiare di persona in struttura residenziale) nel caso in cui l'istanza sia presentata dal FPIS;
- Copia di un valido documento di identità della PIS (persona ospite in struttura residenziale) sia nel caso in cui l'istanza sia presentata dal FPIS sia nel caso in cui sia presentata dal PIS stesso;

Firma del richiedente: _____

Allegare copia documento identità in caso di firma autografa

Luogo: _____ Data: ____ / ____ / 2026





INFORMATIVA PRIVACY - Art. 13 GDPR n. 679/2016

<i>Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento</i>	Regione Marche Giunta Regionale, con sede in via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona
<i>Identità e dati di contatto del Responsabile del Trattamento</i>	Dott. Marco Feduzzi – Dirigente Unico del Comune di Urbino - tel. 0722/309283 – mail: mfeduzzi@comune.urbino.ps.it
<i>Finalità del trattamento e base giuridica</i>	Avviso Pubblico - sostegno economico a familiari di persone ospiti (oppure a ospiti) in strutture residenziali socio-sanitarie e sociali (L.R. 21/2016 e s.m.i.) delle aree di utenza “anziani”, “disabilità” e “salute mentale” – attuazione DGR n. 889/2026.
<i>Destinatari dei dati personali</i>	Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati i dipendenti del Settore Affari Generali - Servizi Sociali. Sono inoltre autorizzati ad utilizzare i dati il Responsabile del Settore Economico Finanziario ed i soggetti dal medesimo individuati per garantire la corresponsione dei contributi.
<i>Periodo di conservazione dei dati</i>	I dati verranno conservati per tutta la durata del procedimento amministrativo e per il periodo comunque previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione d’archivio.
<i>Diritti dell’interessato in relazione al trattamento dei dati</i>	L’interessato può richiedere al Titolare del Trattamento l’accesso ai dati personali, la loro rettifica o cancellazione, la limitazione o l’opposizione al trattamento.
<i>Diritto di proporre reclamo</i>	L’interessato può proporre reclamo al Garante della Privacy www.garanteprivacy.it
<i>Eventuale obbligo legale o contrattuale o requisito necessario per la conclusione del contratto/procedimento e le eventuali conseguenze della mancata comunicazione dei dati</i>	La comunicazione dei dati personali è un requisito necessario per la conclusione del procedimento amministrativo. L’interessato ha l’obbligo di fornire i dati personali e qualora i medesimi non vengano forniti non si potrà dar corso al procedimento amministrativo
<i>Eventuale esistenza di un processo decisionale automatizzato compresa la profilazione</i>	Non esiste un processo decisionale automatizzato.
<i>Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati</i>	Dott.ssa Martina Battazzi, Tel. 0722819901 e-mail: rpd@cm-urbania.ps.it

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

luogo

data

firma