

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(articoli 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____/____/_____
a _____ residente a _____
indirizzo _____ Tel. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

D I C H I A R A

per se stesso
 in qualità di: _____ del/della sig./sig.ra _____

ammesso/a a percepire il **Contributo Economico Straordinario** ex DGR n. 687 del 12 maggio 2020 e AD 384 del 20 maggio 2020

CODICE PRATICA - _____

C H E

il beneficiario del **Contributo Economico Straordinario**: Sig./Sig.ra _____ è **residente** nella Regione Puglia dal **01 / 01 / 2020** a tutt'oggi: Comune di _____

è **vivente**; è **deceduto** in data ____/____/_____;
è **titolare di indennità di accompagnamento** di cui alla Legge n. 18/1980 o comunque non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n.159/2013 (IV colonna) "Non Autosufficienza" SI NO

percepisce l'incentivo regionale per progetti di vita indipendente SI NO

percepisce l'incentivo regionale per progetti di "dopo di noi" (componente assistente Personale) SI NO

Percepisce il RED 3.0 SI NO

Se **SI** dal ____/____/_____ al ____/____/_____;

non è stato/a ricoverato nel periodo di liquidazione **dal 01/08/2020 al 30/11/2020**.

è stato/a ricoverato/a presso strutture ospedaliere e/o extra-ospedaliere di riabilitazione e/o RSSA, e/o RSA per un periodo superiore a 30 giorni:

dal ____/____/_____ al ____/____/_____ presso _____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____ presso _____

E' INFORMATO

- che è causa di **revoca** del contributo economico straordinario il decesso del paziente e in tal caso, l'importo assegnato verrà determinato *pro quota* per il periodo di effettiva permanenza in vita dello stesso;

- che è causa di **sospensione** del presente contributo economico straordinario il **ricovero superiore a 30 giorni** del paziente in struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria residenziale e in tal caso, il beneficio sarà sospeso a partire dal 31^a giorno di ricovero per essere riattivato il giorno del rientro al proprio domicilio;

- che in caso di ricovero in struttura ospedaliera, sanitaria di lungodegenza o in struttura sociosanitaria residenziale e in caso di decesso dell'assistito, il nucleo familiare dello stesso ovvero il soggetto richiedente, è tenuto a comunicare tempestivamente detto evento, al fine di consentire agli uffici della ASL di acquisire la necessaria documentazione e monitorare i casi in cui è necessario sospendere o revocare il beneficio economico.

Ai fini dell'accredito delle somme spettanti chiede che l'importo dovuto a titolo di Contributo Economico Straordinario sia versato sul seguente Conto Corrente

già comunicato secondo le nuove indicazioni

Banca _____ Posta _____

Agenzia di _____ conto intestato a _____

Codice IBAN _____

N.B. In caso di accredito a soggetto diverso dal beneficiario o da soggetto avente titolo, è necessario presentare delega alla riscossione sottoscritta dal beneficiario, corredata da documento di identità del delegato e delegante.

Nel caso di beneficiari impossibilitati alla firma la riscossione può essere consentita a soggetto titolare di conto condiviso.

Dichiara di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 i dati personali da me forniti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene presa.

Luogo e Data

Il/La dichiarante

(Firma per esteso e leggibile)