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 come rettificato con decreto n. 35 del 22/10/2026)

ISTANZA DI CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. XIX - Ente Capofila Comune di Fermo

Il sottoscritto:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di nascita: _____

Comune di residenza: _____ Prov. (____)_____

Indirizzo: _____

Telefono / Email/pec: _____

In qualità di*(barrare la casella di interesse)* **:**
☐ **Familiare della persona in struttura (FPIS)**
☐ **Persona in struttura (PIS)**
☐**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. 34 del 20/10/2026 come rettificato con decreto n. 35 del 22/10/2026

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)***

- 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 nella Regione Marche nel Comune di _____ Prov (.....)
- di non aver presentato istanza per il presente contributo in altro Ambito Territoriale Sociale,
- 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*)
- 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 (o nota di debito / dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'ente gestore) a me intestata (o co-intestata);

☐ è da me sostenuto tramite pagamento diretto della fattura (o nota di debito / dichiarazione resa dal legale rappresentante dell'ente gestore) intestata alla PIS, con quietanza rilasciata dall'ente gestore attestante che il pagamento è stato effettuato dal sottoscritto FPIS;

☐ è da me sostenuto tramite bonifico effettuato dal sottoscritto FPIS sul conto della PIS (persona in struttura), finalizzato al pagamento della fattura (o nota di debito / dichiarazione resa dal legale representative dell'ente gestore) emessa nei confronti della PIS.

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

- Che la residenza prima dell'ingresso in struttura era presso la Regione Marche nel Comune di_____ Prov: (...) facente parte dell'ATS XIX;
- 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
(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 (Vedi tabella allegato F all'avviso)_____
Ingresso in struttura in data_____
Codice ORPS struttura _____(vedi http://serviziorps.regione.marche.it/ricerca - specificare servizi, effettua ricerca, denominazione struttura, cliccare su "cerca" poi su lentina per vedere il codice orps)

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 propri e della persona ospite in struttura (PIS), per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa allegata al presente modulo, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

SEZIONE D – DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- documento identità
- Informativa sul trattamento dei dati personali

Firma del richiedente: _____
Allegare copia documento identità in caso di firma autografa

Luogo: _____ Data: ___ / ___ / 2026

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.)
"Intervento Multileva 3.2 – Annualità 2026" (D.G.R. n. 889 del 13/07/2026) – Finanziato con risorse del Programma Operativo Complementare (POC) Marche 2014-2020 (Delibera CIPESS n. 9/2024 - Asse 7 Azione 7.4 Intervento Multileva Priorità 9.4)

1. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO
Titolare del trattamento: REGIONE MARCHE – Giunta Regionale (Amministrazione Responsabile del Programma / Autorità di

Gestione del POC.)Sede: Via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona (AN) PEC regione.marche.protocollo@emarche.it
Responsabile del trattamento (ex art. 28 GDPR): AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XIX (Comune di Fermo, Ente Capofila), con sede in P.le Azzolino 18 63900 Fermo (FM) PEC: coordinatore@pec.ambitosociale19.it, designato Responsabile esterno del trattamento

2. RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD/DPO)

DPO Regione Marche: rpd@regione.marche.it
DPO ATS XIX / Comune di Fermo: dpo@comune.fermo.it

3. FINALITÀ E BASE GIURIDICA

Finalità: I dati personali sono raccolti e trattati esclusivamente per la gestione amministrativa, l'istruttoria delle domande, la verifica dei requisiti di accesso (art. 7 dell'Avviso 3.2), la formulazione delle graduatorie regionali, l'erogazione dei contributi economici a sostegno della quota sociale della retta di ricovero e le connesse attività di rendicontazione, controllo e audit previste dal POC Marche 2014-2020 e dalle normative vigenti.

Base Giuridica: Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (art. 6, par. 1, lett. e del GDPR), in attuazione della D.G.R. n. 889 del 13/07/2026 e delle direttive della Regione Marche dell'Intervento Multileva 3.2. Il trattamento dei dati particolari relativi alla persona ospite in struttura (PIS) si fonda sull'art. 9, par. 2, lett. g del GDPR (motivi di interesse pubblico rilevante) e sull'art. 2-sexies del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Pertanto, non è richiesto il rilascio di un consenso preventivo da parte dell'utente.

4. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

Dati Identificativi e Anagrafici del Richiedente (FPIS, PIS, Tutore o Amministratore di sostegno): nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, residenza, recapiti (telefono, e-mail/PEC), estremi del documento di riconoscimento, firma, attestazione/indicatore ISEE (ordinario o socio-sanitario residenze).

Dati Finanziari: Codice IBAN e dati bancari/postali necessari per la liquidazione e l'accredito del contributo economico.

Dati Particolari (ex art. 9 GDPR) e dei Familiari/Ospiti (PIS): dati identificativi del familiare/persona ospite presso la struttura residenziale socio-sanitaria o sociale e relativa area di utenza di appartenenza ("Anziani", "Disabilità", "Salute Mentale"), strettamente necessari per la verifica del diritto all'assegnazione e alla liquidazione del contributo. Tali dati possono essere forniti direttamente dal richiedente (art. 14 GDPR).

5. MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE

Modalità: il trattamento avviene con strumenti cartacei e informatici/telematici, adottando le adeguate misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dall'art. 32 del GDPR e dalle direttive AgID.

Conservazione: i dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a completare la procedura, l'erogazione del contributo e i successivi controlli previsti dalle normative comunitarie, nazionali e regionali. Per la documentazione relativa al finanziamento europeo la conservazione è prevista fino al termine stabilito dalla Convenzione e dai regolamenti europei. Successivamente i dati saranno cancellati o resi anonimi conformemente agli accordi tra Titolare e Responsabile.

6. COMUNICAZIONE E AMBITO DI DIFFUSIONE

Destinatari: i dati non saranno commercializzati né trasferiti extra-UE. Potranno essere comunicati a: 1) Regione Marche (Titolare); 2) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e organi di audit della Commissione Europea; 3) INPS, Centro per l'impiego, Agenzia delle Entrate e altre amministrazioni competenti per i controlli sull'ISEE e sulle dichiarazioni rese; 4) Autorità ed Enti pubblici per obblighi di legge. I dati saranno trattati solo da personale autorizzato ed istruito.

7. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Obbligatorietà: il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto, parziale o inesatto conferimento non consentirà all'ATS XIX di avviare l'istruttoria né di ammettere la richiedente al contributo economico **previsto**

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Diritti e reclamo: in ogni momento è possibile esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-18 e 21 GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione; non si applica il diritto alla portabilità di cui all'art. 20) scrivendo alla PEC al DPO ai recapiti indicati al punto 2. Resta salvo il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA

La sottoscritta dichiara di aver ricevuto e preso visione della presente informativa e di aver informato la persona ospite in struttura (PIS) dei cui dati si tratta circa il suo contenuto (art. 14 GDPR).

_____ _____ _____

luogo data firma