

*I dati vanno scritti con lettere maiuscole.
Prima di compilare il modulo leggere
attentamente le istruzioni in allegato.*

Centro di assistenza sociale _____

DA COMPILARE DA PARTE DEL CENTRO DI ASSISTENZA SOCIALE

Ricevuto: _____ N° protocollo: _____

**DOMANDA DI ESONERO DAL PAGAMENTO PER SERVIZI DI
ASSISTENZA SOCIALE (cerchiare il tipo di domanda)**

- assistenza istituzionalizzata (casa di cura)

- residenza sostitutiva ed assistenza
al di fuori dalla rete di servizi pubblici
per aventi diritto all'assistenza
istituzionalizzata

PRIMA PARTE

Richiedente/beneficiario:

Nome e cognome

I. DATI SUL BENEFICIARIO:

Codice unico d'identificazione:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cittadinanza: _____

Vale soltanto per i cittadini stranieri.

Permesso di soggiorno a tempo indeterminato

per la Repubblica di Slovenia N°: _____, emesso dal Ministero degli interni il: _____

Residenza permanente: _____

Località, indirizzo e numero civico

--	--	--	--	--

CAP

Località

Comune

Residenza temporanea: _____

Località, indirizzo e numero civico

--	--	--	--	--

CAP

Località

Comune

Riceve il contributo per assistenza e cura?

SI

NO

Ha diritto al vitalizio in base ad altri titoli giuridici?

SI

NO

IV/NO

Ha stipulato un accordo/contratto di vitalizio o possiede una sentenza giudiziale?	SI, CON CHI.....	NO
C'è qualche altra persona obbligata a pagare per i servizi di cura/assistenza istituzionalizzata per Lei per intero in base a un titolo legale/transazione giuridica?	SI, CHI	NO
C'è qualche altra persona obbligata a pagare per i servizi di cura/assistenza istituzionalizzata per Lei per intero in base a un titolo legale/transazione giuridica?	SI, CHI	NO
C'è qualcun altro che provvede al Suo sostentamento in qualche altro modo:	SI, CHI.....	NO
Possiede beni immobili anche in comproprietà?	SI	NO
Dati sugli immobili (ultima situazione del registro catastale): 		

II. DATI SUL CONIUGE O CONVIVENTE DEL BENEFICIARIO

Nome e cognome	CODICE UNICO D'IDENTIFICAZIONE	Cittadinanza	Indirizzo di residenza	
La persona è soggetto di assistenza istituzionalizzata in un ente di assistenza sociale?.....			SI	NO
La persona ha diritto all'assistenza familiare a domicilio?			SI	NO
La persona riceve il contributo per assistenza e cura?			SI	NO
La persona ha diritto al vitalizio in base ad altri titoli giuridici?			SI	NO
La persona è proprietaria/comproprietaria di beni immobili?			SI	NO
Dati sugli immobili (ultima situazione del registro catastale): 				

III. DATI SUGLI ALTRI FAMILIARI DEL BENEFICIARIO

Nome e cognome	Codice unico d'identificazione	Cittadinanza	Indirizzo di residenza	

Qualcuno dei familiari è soggetto di assistenza istituzionalizzata continua? Chi?

Nome e cognome:

IV. DATI SUI CURATORI

Nome e cognome	Data di nascita	Cittadinanza	Indirizzo di residenza	Rapporto con il beneficiario

V. DATI SULLO STATO PATRIMONIALE DEL BENEFICIARIO

IV/NO

Nome e cognome del beneficiario:

NOTA: Cerchiare nella tabella di sotto la risposta SI o NO, se negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda ha ricevuto degli introiti, proventi o compensi occasionali o se ha sostenuto le spese indicate. Se ha ricevuto qualche salario o compenso per lavoro svolto, deve indicare la ragione sociale e l'indirizzo del datore di lavoro.

A. INTROITI E PROVENTI <u>percepiti</u> negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda				
Codice				
110	Salario e compenso per lavoro svolto (stipendio, indennità di malattia, premio o gratifica):	SI	NO	
	Datore di lavoro (ragione sociale e indirizzo):			
	Proventi in conformità con le disposizioni della Legge sull'assicurazione pensione e invalidità:			
121	– Pensione	SI	NO	
122	Altro (contributo invalidità, integrazione d'assistenza, buonuscita, contributo al sostentamento,...)	SI	NO	
	Proventi in base alle norme sul lavoro e sul trattamento di disoccupazione:			
131	– Cassa integrazione	SI	NO	
132	– Assistenza di disoccupazione	SI	NO	
140	Proventi in base alle norme sugli assegni famigliari (maternità, integrazione genitori)	SI	NO	
150	Compenso genitori affidatari	SI	NO	
160	Indennizzo d'invalidità LASPMFD	SI	NO	
170	Proventi in base alle norme “di guerra” (veterani, invalidi, contributo invalidità, contributo al sostentamento,...)	SI	NO	
180	Alimenti o integrazione alimentare	SI	NO	
192	Proventi o introiti indiretti	SI	NO	
_10	Interessi patrimoniali (partecipazioni, affitti)	SI	NO	
_20	Compensi percepiti per servizi o lavori svolti su base contrattuale o altra base	SI	NO	
_30	Proventi da diritti di proprietà (diritti d'autore)	SI	NO	
_40	Introiti, percepiti tramite organizzazioni di lavoro studentesco o giovanile	SI	NO	
_50	Altro (indennità di malattia, pagati da altri,...)	SI	NO	
311	Proventi da attività agricole:	- reddito catastale	SI	NO
312		- profitto	SI	NO
320	Proventi da attività		SI	NO
B. PROVENTI OCCASIONALI <u>percepiti</u> nei 12 mesi precedenti alla presentazione della domanda				
440	Dividendi	SI	NO	
450	Eredità	SI	NO	
460	Reddito da capitale	SI	NO	
470	Altro, specificare: _____			
C. SPESE				
	Impegni alimentari pagati	SI	NO	

VI. DATI SULLO STATO PATRIMONIALE DEL CONIUGE O CONVIVENTE DEL BENEFICIARIO
Nome e cognome del coniuge o convivente:

NOTA: Cerchiare nella tabella di sotto la risposta **SI** o **NO**, se negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda ha ricevuto degli introiti, proventi o compensi occasionali o se ha sostenuto le spese indicate. Se ha ricevuto qualche salario o compenso per lavoro svolto, deve indicare la ragione sociale e l'indirizzo del datore di lavoro.

A. INTROITI E PROVENTI <u>percepiti</u> negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda			
Codice			
110	Salario e compenso per lavoro svolto (stipendio, indennità di malattia, premio o gratifica): Datore di lavoro (ragione sociale e indirizzo):	SI	NO
	Proventi in conformità con le disposizioni della Legge sull'assicurazione pensione e invalidità:		
121	– Pensione	SI	NO
122	Altro (contributo invalidità, integrazione d'assistenza, buonuscita, contributo al sostentamento,...)	SI	NO
	Proventi in base alle norme sul lavoro e sul trattamento di disoccupazione:	SI	NO
131	– Cassa integrazione	SI	NO
132	– Assistenza di disoccupazione	SI	NO
140	Proventi in base alle norme sugli assegni famigliari (maternità, integrazione genitori)	SI	NO
150	Compenso genitori affidatari	SI	NO
160	Indennizzo d'invalidità LASPMFD	SI	NO
170	Proventi in base alle norme “di guerra” (veterani, invalidi, contributo invalidità, contributo al sostentamento,...)	SI	NO
180	Alimenti o integrazione alimentare	SI	NO
192	Proventi o introiti indiretti	SI	NO
_10	Interessi patrimoniali (partecipazioni, affitti)	SI	NO
_20	Compensi percepiti per servizi o lavori svolti su base contrattuale o altra base	SI	NO
_30	Proventi da diritti di proprietà (diritti d'autore)	SI	NO
_40	Introiti, percepiti tramite organizzazioni di lavoro studentesco o giovanile	SI	NO
_50	Altro (indennità di malattia, pagati da altri,...)	SI	NO
311	Proventi da attività agricole:	- reddito catastale	SI NO
312		- profitto	SI NO
320	Proventi da attività	SI	NO
B. PROVENTI OCCASIONALI <u>percepiti</u> nei 12 mesi precedenti alla presentazione della domanda			
440	Dividendi	SI	NO
450	Eredità	SI	NO
460	Reddito da capitale	SI	NO
470	Altro, specificare: _____		
C. SPESE			

IV/NO

	Impegni alimentari pagati	SI	NO
--	---------------------------	----	----

DICHIARAZIONE

I sottoscritti richiedente/beneficiario ed il coniuge/convivente del richiedente/beneficiario dichiariamo:

1. Che tutti i dati forniti nella domanda sono veri, esatti e completi;
2. Che sono stati indicati tutti i proventi e introiti del beneficiario ovvero del coniuge o della persona con la quale forma coppia di fatto;
3. Di essere a conoscenza della disposizione dell'articolo 33 del Regolamento sui criteri per la determinazione degli esoneri dal pagamento dei servizi di assistenza sociale, che impone l'obbligo di notificare **ogni nuova circostanza o situazione ovvero ogni cambiamento che influisce sul diritto all'esonero e sull'ammontare dell'esonero immediatamente o entro e non oltre i quindici giorni** dall'avvenuto cambiamento e **di essere a conoscenza della disposizione dello stesso articolo**, secondo la quale **il beneficiario**, che abbia ricevuto un'integrazione in seguito a cambiamenti nell'ammontare delle spese periodiche e di pensione o contributo di assistenza e cura, deve rimborsare l'eccedenza in somma unica ai curatori ovvero alle persone paganti i servizi in parte o per intero a mio nome;
4. Di essere a conoscenza della disposizione dell'articolo 34 del Regolamento sui criteri per la determinazione degli esoneri dal pagamento dei servizi di assistenza sociale, secondo la quale, nel caso di presentazione ingannevole od omissione di dati, sono tenuto/a rimborsare alla persona pagante i servizi tutte le spese sostenute a causa del riconoscimento dell'esonero, inclusi gli interessi di mora, calcolati dal giorno dal quale il diritto è stato ingiustamente riconosciuto;
5. Di essere a conoscenza della disposizione dell'articolo 100.b della Legge sull'assistenza sociale, secondo la quale l'utente del servizio, beneficiante dell'esonero dal pagamento dei servizi di assistenza istituzionalizzata, in quanto proprietario di beni immobili, non ha diritto di cedere o imporre carichi sul bene immobile in possesso a favore del comune che finanzia l'assistenza istituzionalizzata a suo nome;

assumendo ogni responsabilità per danni e penale per la mia dichiarazione.

(Località) _____, li _____ Firma del richiedente: _____
 Firma del coniuge
 o convivente: _____

Il Centro di assistenza sociale otterrà d'ufficio i seguenti dati e le seguenti prove dai registri ufficiali:

- a) dati sui proventi e sugli introiti percepiti (esclusi i salari o redditi da lavoro) negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domande per ogni singolo mese o per altri periodi sia per il beneficiario sia per il coniuge o convivente;
- b) dati sul reddito catastale;
- c) dati sul patrimonio imponibile;
- d) attestato sull'impegno alimentare (accordo sugli alimenti) e sugli alimenti corrisposti negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domande per ogni singolo mese;
- e) i dati necessari del registro catastale;
- f) altre prove necessarie al Centro di assistenza sociale per la procedura.

Il beneficiario è tenuto ad allegare i seguenti documenti:

- a) certificato sui salari o redditi da lavoro percepiti;
- b) contratto di svolgimento dei servizi;
- c) certificato d'iscrizione scolastica per i figli sopra i 15 anni d'età (scuola frequentata);
- d) titolo legale esecutivo o transazione giuridica in base alla quale una persona terza si è impegnata a pagare per intero i servizi di assistenza istituzionalizzata per conto del beneficiario o titolo legale esecutivo o transazione giuridica in base alla quale una persona terza si è impegnata a pagare l'assistenza del beneficiario solo in parte o di garantirne l'assistenza a domicilio;
- e) altri documenti (p.e. contratto di sostentamento a vita, accordo di sostentamento in altro modo).

Note del Centro di assistenza sociale:

SECONDA PARTE

A. DATI SUL CURATORE*Compilare un foglio separato per ogni curatore!***A1. DA COMPILARE DA PARTE DELLA PERSONA FISICA****Nome e cognome del curatore:** _____**Codice unico d'identificazione:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cittadinanza: _____**Residenza permanente:** _____*località, indirizzo e numero civico*

--	--	--	--

*CAP**Località**Comune***Residenza temporanea:** _____*località, indirizzo e numero civico*

--	--	--	--

*CAP**Località**Comune*

Il curatore è soggetto di assistenza istituzionalizzata in un ente di assistenza sociale?.....	SI	NO
Il curatore ha diritto all'assistenza familiare a domicilio?	SI	NO
Riceve il contributo per assistenza e cura?	SI	NO
Ha diritto al vitalizio in base ad altri titoli giuridici?	SI	NO
Il curatore paga il vitalizio al beneficiario?	SI	NO
Il curatore provvede al sostentamento del beneficiario in qualche altro modo?	SI, specificare	NO
Il curatore si è impegnato per mezzo di un titolo legale/transazione giuridica di pagare per intero i servizi di cura/assistenza istituzionalizzata?	SI, PER CHI	NO
Il curatore si è impegnato per mezzo di un titolo legale/transazione giuridica di pagare in parte i servizi di cura/garantire l'assistenza a domicilio?	SI, PER CHI	NO
Il curatore ha ottenuto qualche diritto di proprietà sui beni immobili del beneficiario?	SI	NO
In che modo:		
Dati sugli immobili (ultima situazione del registro catastale):		

A2. DA COMPILARE DA PARTE DELLA PERSONA GIURIDICA

Ragione sociale _____

Sede _____

N° registro _____ C.F./Partita IVA _____

B. DATI SUL CONIUGE O CONVIVENTE DEL CURATORE

Nome e cognome	Codice unico d'identificazione	Cittadinanza	Indirizzo di residenza	
La persona è soggetto di assistenza istituzionalizzata in un ente di assistenza sociale?			SI	NO
La persona ha diritto all'assistenza familiare a domicilio?			SI	NO
La persona riceve il contributo per assistenza e cura?			SI	NO
La persona ha diritto al vitalizio in base ad altri titoli giuridici?			SI	NO
La persona è proprietaria/comproprietaria di beni immobili?			SI	NO
Dati sugli immobili (ultima situazione del registro catastale):				

C. DATI SUGLI ALTRI FAMIGLIARI DEL CURATORE

Nome e cognome	Codice unico d'identificazione	Cittadinanza	Indirizzo di residenza

Qualcuno dei famigliari è soggetto di assistenza istituzionalizzata continua? Chi?

Nome e cognome: _____

D. DATI SULLO STATO PATRIMONIALE DEL CURATORE

Nome e cognome del curatore: _____

NOTA: Cerchiare nella tabella di sotto la risposta SI o NO, se negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda ha ricevuto degli introiti, proventi o compensi occasionali o se ha sostenuto le spese indicate. Se ha ricevuto qualche salario o compenso per lavoro svolto, deve indicare la ragione sociale e l'indirizzo del datore di lavoro.

A. INTROITI E PROVENTI <u>percepiti</u> negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda			
Codice			
110	Salario e compenso per lavoro svolto (stipendio, indennità di malattia, premio o gratifica): Datore di lavoro (ragione sociale e indirizzo):	SI	NO
	Proventi in conformità con le disposizioni della Legge sull'assicurazione pensione e invalidità:		
121	– Pensione	SI	NO
122	Altro (contributo invalidità, integrazione d'assistenza, buonuscita, contributo al sostentamento,...)	SI	NO
	Proventi in base alle norme sul lavoro e sul trattamento di disoccupazione:		
131	– Cassa integrazione	SI	NO
132	– Assistenza di disoccupazione	SI	NO
140	Proventi in base alle norme sugli assegni familiari (maternità, integrazione genitori)	SI	NO
150	Compenso genitori affidatari	SI	NO
160	Indennizzo d'invalidità LASPMFD	SI	NO
170	Proventi in base alle norme “di guerra” (veterani, invalidi, contributo invalidità, contributo al sostentamento,...)	SI	NO
180	Alimenti o integrazione alimentare	SI	NO
192	Proventi o introiti indiretti	SI	NO
_10	Interessi patrimoniali (partecipazioni, affitti)	SI	NO
_20	Compensi percepiti per servizi o lavori svolti su base contrattuale o altra base	SI	NO
_30	Proventi da diritti di proprietà (diritti d'autore)	SI	NO
_40	Introiti, percepiti tramite organizzazioni di lavoro studentesco o giovanile	SI	NO
_50	Altro (indennità di malattia, pagati da altri,...)	SI	NO
311	Proventi da attività agricole:	- reddito catastale	SI NO
312		- profitto	SI NO
320	Proventi da attività	SI	NO
B. PROVENTI OCCASIONALI <u>percepiti</u> nei 12 mesi precedenti alla presentazione della domanda			
440	Dividendi	SI	NO
450	Eredità	SI	NO
460	Reddito da capitale	SI	NO
470	Altro, specificare: _____		
C. SPESE			
	Impegni alimentari pagati	SI	NO

E. DATI SULLO STATO PATRIMONIALE DEL CONIUGE O CONVIVENTE DEL CURATORE

Nome e cognome del coniuge o convivente: _____

IV/NO

NOTA: Cerchiare nella tabella di sotto la risposta SI o NO, se negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda ha ricevuto degli introiti, proventi o compensi occasionali o se ha sostenuto le spese indicate. Se ha ricevuto qualche salario o compenso per lavoro svolto, deve indicare la ragione sociale e l'indirizzo del datore di lavoro.

A. INTROITI E PROVENTI <u>percepiti</u> negli ultimi tre mesi precedenti alla presentazione della domanda				
Codice				
110	Salario e compenso per lavoro svolto (stipendio, indennità di malattia, premio o gratifica): Datore di lavoro (ragione sociale e indirizzo):	SI	NO	
	Proventi in conformità con le disposizioni della Legge sull'assicurazione pensione e invalidità:			
121	– Pensione	SI	NO	
122	Altro (contributo invalidità, integrazione d'assistenza, buonuscita, contributo al sostentamento,...)	SI	NO	
	Proventi in base alle norme sul lavoro e sul trattamento di disoccupazione:			
131	– Cassa integrazione	SI	NO	
132	– Assistenza di disoccupazione	SI	NO	
140	Proventi in base alle norme sugli assegni familiari (maternità, integrazione genitori)	SI	NO	
150	Compenso genitori affidatari	SI	NO	
160	Indennizzo d'invalidità LASPMFD	SI	NO	
170	Proventi in base alle norme “di guerra” (veterani, invalidi, contributo invalidità, contributo al sostentamento,...)	SI	NO	
180	Alimenti o integrazione alimentare	SI	NO	
192	Proventi o introiti indiretti	SI	NO	
_10	Interessi patrimoniali (partecipazioni, affitti)	SI	NO	
_20	Compensi percepiti per servizi o lavori svolti su base contrattuale o altra base	SI	NO	
_30	Proventi da diritti di proprietà (diritti d'autore)	SI	NO	
_40	Introiti, percepiti tramite organizzazioni di lavoro studentesco o giovanile	SI	NO	
_50	Altro (indennità di malattia, pagati da altri,...)	SI	NO	
311	Proventi da attività agricole:	- reddito catastale	SI	NO
312		- profitto	SI	NO
320	Proventi da attività	SI	NO	
B. PROVENTI OCCASIONALI <u>percepiti</u> nei 12 mesi precedenti alla presentazione della domanda				
440	Dividendi	SI	NO	
450	Eredità	SI	NO	
460	Reddito da capitale	SI	NO	
470	Altro, specificare: _____			
C. SPESE				
	Impegni alimentari pagati	SI	NO	

DICHIARAZIONE

ISTITUZIONALIZZATA CONTINUA SPROVVISTO DI MEZZI PROPRI**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto beneficiario dichiaro di essere sprovvisto di mezzi necessari al pagamento di servizi di assistenza istituzionalizzata continua e di non avere i mezzi necessari per coprire le mie piccole necessità personali e perciò chiedo al pagante dei servizi di fornirmi i mezzi necessari per provvedere alle piccole spese fino al 20% del reddito minimo.

(Località) _____, li _____ Firma del beneficiario: _____