



# COMUNE DI CAMERANO

PROVINCIA DI ANCONA

## IL COMUNE DI CAMERANO

### RENDE NOTO CHE

CON DELIBERAZIONE DI GIUNTA COMUNALE N.120 DEL 13.08.2024 SONO STATI PREVISTI CONTRIBUTI ECONOMICI ALLA PERSONA, A PARZIALE COPERTURA DELLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE INTEGRATIVE CON PRIORITÀ AI SOGGETTI FRAGILI E/O OVER 65 E/O IN ETÀ EVOLUTIVA, IN CONDIZIONI ECONOMICAMENTE SVANTAGGIATE:

**Soggetti beneficiari:** cittadini residenti nel Comune di Camerano, con priorità ai soggetti fragili (disabili ex Legge 104/92) e/o over 65 e/o in età evolutiva (inferiori ad anni 18), in condizioni economicamente svantaggiate con riferimento a servizi sanitari, integrativi rispetto a quelli forniti dal SSR (per orari e/o giorni di erogazione),

**Periodo di riferimento del contributo:** dal 01.01.2024 al 30.11.2024;

**Contributo massimo concedibile sulla base dei criteri e delle soglie ISEE come sotto riportato:**

VALORE ISEE		% CONTRIBUTO MASSIMO EROGABILE		
		Soggetti fragili (Disabili ex L. 104/92)	Cittadini di età inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni	Restante popolazione
<b>FASCIA 1</b>	Fino a € 10.389,46	80%	60%	40%
<b>FASCIA 2</b>	Superiore a € 10.389,46	70%	50%	30%

**Documentazione da produrre:** richiesta di erogazione del contributo, corredata da fatture quietanzate contenenti almeno i seguenti elementi: data della fattura (dal 01.01.2024 al 30.11.2024) e della prestazione effettuata, descrizione della prestazione con individuazione del nominativo del professionista esecutore della stessa;

**Modalità e scadenza per la presentazione della domanda di contributo:** le richieste di erogazione del contributo dovranno essere trasmesse all'indirizzo PEC [comune.camerano@halleycert.it](mailto:comune.camerano@halleycert.it) o consegnate a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Camerano (negli orari e nelle giornate di apertura al pubblico) entro e non oltre il **30.11.2024**;

**Modalità di erogazione del contributo:** bonifico bancario/postale;

Il modulo di richiesta del contributo è disponibile sul sito internet del Comune di Camerano [Contributi alla persona per prestazioni infermieristiche integrative](#) e presso l'Ufficio Servizi Sociali dell'ente.



**COMUNE DI CAMERANO**  
PROVINCIA DI ANCONA

Per informazioni Tel. 071-7303059/20

Allegato: Modello di richiesta contributo

**F.TO IL RESPONSABILE DEL I SETTORE**  
**Dott.ssa Donatella Branca**



**COMUNE DI CAMERANO**  
PROVINCIA DI ANCONA

**MODELLO RICHIESTA CONTRIBUTO**

Spett.le **COMUNE DI CAMERANO**  
Via San Francesco,24  
60021 Camerano (AN)  
PEC: [comune.camerano@halleycert.it](mailto:comune.camerano@halleycert.it)

**Oggetto: Richiesta contributo economico a parziale copertura della spesa per prestazioni sanitarie infermieristiche integrative.**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (.....)  
il ..... Codice fiscale .....  
residente in via ..... n..... Comune di ..... (.....)  
Tel. ....cellulare.....

**CHIEDE**

l'erogazione del contributo di cui all'oggetto

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai fini dell'erogazione del contributo di cui all'oggetto,

**DICHIARA**

- di essere disabile ex L.104/92;
- di avere un'età superiore a 65 anni;
- di non appartenere a nessuna delle due categorie sopra riportate
- ovvero di richiedere il contributo per \_\_\_\_\_ cittadino di età inferiore ad anni 18 inserito nel proprio nucleo familiare;
- che le spese sostenute per prestazioni infermieristiche integrative sono le seguenti:

Fattura (n° e data)	emessa da	Descrizione della prestazione	Nominativo del professionista	Data e ora della prestazione	Importo
					€
					€
					€
					€



**COMUNE DI CAMERANO**  
PROVINCIA DI ANCONA

					€
					€
					€
					€
<b>TOTALE</b>					€

- che la spesa sostenuta e per la quale si chiede l'erogazione del beneficio economico non è stata oggetto di ulteriore contributo pubblico;
- che il valore della propria attestazione ISEE\* è pari ad €.....

\*N.B. (qualora non venga dichiarato l'importo ISEE, verrà considerato automaticamente quello relativo alla fascia > a €. 10.389,46);

**CHIEDE**

- che il contributo concesso sia versato:

a favore di \_\_\_\_\_

sul c/c bancario/postale n. \_\_\_\_\_

Camerano, .....

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Ai fini della liquidazione si allega:

1. copia di un documento di identità del dichiarante
2. copia delle fatture quietanzate per le quali si richiede il contributo

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 e del Regolamento 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE, noto come GDPR (General Data Protection Regulation), che i dati personali raccolti sono obbligatori per il corretto svolgimento della presente procedura e saranno trattati, con strumenti manuali e/o informatici e con modalità cartacee e/o informatiche, esclusivamente per le finalità ed attività istituzionali dell'Ente.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_