

**DOMANDA DI RIMBORSO PER L'ACQUISTO DI SOLUZIONI DOMOTICHE,
TECNOLOGICHE E DISPOSITIVI DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA
LEPS "ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE E INTEGRATA CON I
SERVIZI SANITARI – SOLUZIONI ABITATIVE"**

All'Ambito Territoriale Sociale n. 4
Via Puccinotti n. 3
61029 – Urbino (PU)

Al PUA (Punto Unico di Accesso) di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____)

il _____ residente nel Comune di _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____ Cellulare _____

di seguito denominato **richiedente**

in qualità di *(barrare la voce che interessa)*:

- ☐ persona anziana over 65 anni, in situazione di non autosufficienza o con verbale di accertamento dell'invalidità civile
- ☐ familiare della persona anziana (entro il 4° grado di parentela)
- ☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa della tutela della persona anziana

**presenta domanda di rimborso per l'acquisto di soluzioni domotiche, tecnologiche e dispositivi di
telesoccorso e teleassistenza – Leps "Assistenza domiciliare sociale e integrata con i servizi sanitari –
Soluzioni abitative"**

(da compilare solo se il Richiedente è diverso dal Beneficiario)

per il/sig./sig.ra _____ nato a _____ (____)

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali





Coordinatore - 0722 309353
Assistenti Sociali - 0722 309391
Ufficio Amministrazione - 0722 309 269/282
Amministrazione/Contabilità - 0722 309225

Via Puccinotti, 3 - 61029 Urbino (PU)
ats4@comune.urbino.ps.it
www.comune.urbino.pu.it/amministrazione/aree-amministrative

il _____ residente nel Comune di _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____ telefono _____

(indicare solo se diverso dalla residenza)

domiciliato a _____ (____) CAP _____

in Via/Piazza _____

di seguito denominato **beneficiario**:

A tal scopo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità, cosciente delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche ed informato/a che qualora si accerti la non veridicità del contenuto della dichiarazione decadrà dal beneficio eventualmente conseguito ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000 e successive modifiche;

Dichiara che il beneficiario

- è residente in uno dei Comuni ricompresi nell'Ambito Territoriale Sociale 4 (Borgo Pace, Fermignano, Mercatello sul Metauro, Montecalvo in Foglia, Peglio, Petriano, S. Angelo in Vado, Urbania, Urbino);
- ha compiuto 65 anni di età;
- è stato dichiarato in condizioni di non autosufficienza, con certificazione di invalidità pari al 100 % o è in possesso del verbale di accertamento dell'invalidità civile;
- è in possesso di un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) ORDINARIO, in corso di validità, pari ad Euro _____, come attestato nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo INPS-ISEE-2026 _____;
- ha sostenuto le spese nel periodo dal 01/07/2025 alla data di scadenza dell'Avviso Pubblico - LEPS "Assistenza domiciliare sociale e integrata con i servizi sanitari – Soluzioni abitative" Rimborso per l'acquisto di soluzioni domotiche, tecnologiche e dispositivi di telesoccorso e teleassistenza, comprovate dalla documentazione di seguito indicata:

Per Servizio – intervento D) Adattamenti dell'abitazione: soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, garantendo la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico;

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello sul M.



Montecalvo in F.



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Montana

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

TOTALE € _____

Per Servizio – intervento E) Servizi di telesoccorso e teleassistenza: dispositivi nelle abitazioni degli utenti per l'attivazione del servizio di segnalazione e attivazione di procedure di soccorso nel caso di emergenza e la pianificazione di chiamate periodiche reciproche tra utenti e operatori e/o familiari;

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

- RICEVUTA/FATTURA n. _____ del _____ per € _____ emessa da _____

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali





Coordinatore - 0722 309353
Assistenti Sociali - 0722 309391
Ufficio Amministrazione - 0722 309 269/282
Amministrazione/Contabilità - 0722 309225

Via Puccinotti, 3 - 61029 Urbino (PU)
ats4@comune.urbino.ps.it
www.comune.urbino.pu.it/amministrazione/aree-amministrative

- Eventuale copia di documentazione attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento del beneficiario;
- Documentazione attestante le spese sostenute dal 01/07/2025 alla data di scadenza del bando, relative all'acquisto di soluzioni domotiche e tecnologiche e dispositivi di telesoccorso e teleassistenza;
- Fotocopia del codice IBAN del conto corrente bancario o postale del/degli intestatari dello stesso. Non sarà possibile procedere all'erogazione del contributo ai soggetti titolari di conto corrente postale associato a libretto;
- Eventuale Delega per la riscossione del contributo a titolo di rimborso – allegato Modulo Delega.

Data _____

Firma del richiedente _____

☐ Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.

Data _____

Firma del richiedente _____

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



Urbino



Borgo Pace



Fermignano



Mercatello sul M.



Montecalvo in F.



Peglio



Petriano



S. Angelo in V.



Urbania



Un. Montana