

Allegato H – modello rendiconto per destinatarie

CONTRIBUTI ECONOMICI ALLE
DONNE CON FAMILIARI OSPITI DI STRUTTURE RESIDENZIALI
SOCIO-SANITARIE E SOCIALI (L.R. 21/2016 e s.m.i.) DELLE AREE DI UTENZA “ANZIANI”, “DISABILITÀ”
E “SALUTE MENTALE

Progetto

*“Voucher di cura residenzialità per la conciliazione tempi di vita, cura e lavoro.
Donne in equilibrio: tempi di vita di cura e di lavoro”*

RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n.20

(indicare l'Ambito presso il quale è stata presentata l'istanza)

CUP B51C26000220007S

La sottoscritta:

Cognome: _____

Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Comune di residenza: _____

risultante finanziabile in graduatoria con decreto della Regione Marche n. _____ del _____

CHIEDE

- La liquidazione del contributo riconosciuto per i mesi di:

☐ gennaio ☐ febbraio ☐ marzo ☐ aprile ☐ maggio ☐ giugno ☐ luglio ☐ agosto ☐ settembre ☐
ottobre ☐ novembre ☐ dicembre

anno 2026

per un totale di euro _____ (euro 250 mensili)

il trattamento dei dati personali come da informativa ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003, novellato dal D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE n. 2016/679.

Si allega quanto segue:

(barrare una delle tre opzioni)

☐ contratto con la struttura o altro documento da cui si evince l'impegno economico della DFPIS a sostenere la quota sociale della retta in tutto o in parte

☐ contratto con la struttura intestato alla PIS per il quale sostengo direttamente il pagamento

☐ contratto con la struttura intestato alla PIS per il quale sostengo il pagamento tramite bonifico in favore della PIS

☐ Fatture della struttura o note di debito / dichiarazioni rese dal legale rappresentante dell'ente gestore riferite ai mesi di _____ intestate a ☐DFPIS ☐PIS ☐altro componente *(solo se disoccupata, inoccupata, inattiva)* come segue

- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di
- n..... del riferita al mese di

☐ Ricevute del pagamento delle fatture suindicate o quota parte come segue:

- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....

- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....
- ricevuta/bonifico del..... euro.....€ riferita alla fattura n.....

(dalle ricevute si deve evincere il beneficiario struttura residenziale)

Firma della richiedente: _____

Allegare copia documento identità in caso di firma autografa

Luogo: _____ Data: ____/____/ 2026

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*(ai sensi dell'art. 13, Regolamento
2016/679/UE - GDPR)*

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI CONFERITI PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI ECONOMICI ALLE DONNE CON FAMILIARI OSPITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE E SOCIALI (L.R. 21/2016 E s.m.i.) DELLE AREE DI UTENZA "ANZIANI", "DISABILITA' " E "SALUTE MENTALE". – ANNUALITA' 2026 AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E DEL D. LGS. N. 101/2018

I dati forniti in sede di domanda saranno trattati, anche con strumenti informatici, conformemente alle norme vigenti in materia di tutela dei dati e esclusivamente per le finalità per le quali sono stati resi.

Titolare del trattamento: Regione Marche - Via Gentile da Fabriano, 9 – 60125 Ancona

Responsabile del trattamento: Ambito 20 – Comune di Porto Sant'Elpidio

La finalità del trattamento dei dati forniti è la formulazione della graduatoria dei potenziali beneficiari di contributi economici alle donne con familiari ospiti in strutture residenziali socio-sanitarie e sociali. Il conferimento dei dati richiesti è pertanto obbligatorio per l'istruttoria e per gli adempimenti connessi.

Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione e/o l'annullamento dei relativi procedimenti amministrativi.

In relazione al procedimento e alle altre attività correlate, il titolare del trattamento dei dati può comunicare i dati acquisiti in sede di domanda ad altri Enti competenti.

I dati personali forniti saranno conservati per il tempo necessario a completare il procedimento per cui sono stati richiesti; alcuni dati potranno essere conservati anche oltre tale periodo nei limiti in cui tale conservazione risponda al legittimo interesse dell'Ente e sia necessario per ottemperare agli obblighi di legge.



Il richiedente può esercitare in qualsiasi momento i diritti contemplati dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati e più specificamente il diritto all'accesso ai propri dati personali, la rettifica o cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o l'opposizione al trattamento stesso, il diritto a un reclamo presso l'autorità di controllo.

Per esercitare i propri diritti il richiedente può rivolgersi al Responsabile della Protezione Dati dell'ente capofila: lustec srl – email: rpd@elpinet.it.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

luogo

data

firma