

ALL'A.S.L. _____

Indirizzo Pec _____

(ove ordinariamente si inoltra la documentazione per la fatturazione riguardo alla struttura oggetto della presente domanda)

DOMANDA DI INTEGRAZIONE TARIFFARIA AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 3 DEL 26.01.2021 E DELLA D.G.R. N. 13 – 2888 DEL 19.02.2021

A. STRUTTURA A CUI SI RIFERISCE LA DOMANDA

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Tipo di struttura: <i>Indicare se: residenziale o semiresidenziale</i>		Area funzionale: <i>Indicare se: anziani, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche</i>	
Denominazione struttura:			
Indirizzo struttura:			
CAP:	Comune:	Provincia:	

B. DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Denominazione:			
Forma giuridica:		Forma giuridica (classificazione Istat)*:	
Iscrizione ad altri Registri nazionali o regionali:			
Codice attività prevalente:			
Indirizzo PEC :			
Sede legale (via/corso/piazza):			
CAP:	Comune:	Provincia:	

*Dato da inserire solo nel caso in cui la classificazione ISTAT sia diversa da quella del Registro Imprese

C. DATI IDENTIFICATIVI DI ALTRI EVENTUALI SOGGETTI BENEFICIARI

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Denominazione:			
Forma giuridica:		Forma giuridica (classificazione Istat)*:	
Iscrizione ad altri Registri nazionali o regionali:			
Codice attività prevalente:			
Indirizzo PEC o altro indirizzo e-mail:			
Sede legale (via/corso/piazza):			
CAP:	Comune:	Provincia:	

*Dato da inserire solo nel caso in cui la classificazione ISTAT sia diversa da quella del Registro Imprese

QUALORA VI SIANO PIU' SOGGETTI BENEFICIARI RISPETTO ALLA STESSA STRUTTURA INSERIRE ALTRI RIQUADRI "C"

IL/LA SOTTOSCRITTO/LA SOTTOSCRITTA,

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a il: _____ nel Comune di/Stato Estero: _____ (Prov. _____)

Residente nel Comune di/Stato Estero: _____ (Prov. _____)

in qualità di:

- titolare dell'autorizzazione della struttura;
- legale rappresentante del titolare dell'autorizzazione della struttura;
- delegato/a con poteri di rappresentanza dal titolare dell'autorizzazione della struttura consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

PRESENTA DOMANDA DI INTEGRAZIONE TARIFFARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 3 DEL 26 .01.20121

CON RIGUARDO AL PERIODO:

- DAL 21.02.2020 AL 31.12.2020
- DAL 01.01.2021 AL 30.06.2021

DICHIARA

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. N. 445/2000 e s.m.i.)

che la persona giuridica richiedente, titolare dell'autorizzazione al funzionamento della struttura:

- è soggetta ad obbligo di iscrizione al Registro delle Imprese ed è iscritta in detto registro dal gg _____ / mm _____ /aaaa _____;
- non è soggetta ad obbligo di iscrizione al Registro delle Imprese;
- è soggetta ad obbligo di iscrizione nel Registro _____ (indicare il registro di iscrizione) ed è iscritta in detto Registro al n. _____ dal (gg/mm/aaaa) _____;
- in relazione alla propria natura giuridica non è tenuta all'iscrizione in alcun registro;
- è iscritta alla sezione di iscrizione delle "imprese sociali";
 - è regolarmente costituita con atto del (gg/mm/aaaa): _____;
 - è in stato di attività;
 - ha sede principale o secondaria sul territorio nazionale;
 - è nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in liquidazione volontaria e non è sottoposta a procedure concorsuali con finalità liquidatoria;

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A
PRESENTA RICHIESTA**

di integrazione delle seguenti voci di spesa come da Allegato n. 2/1 "Tabelle di Rendicontazione"

SEZIONE "B" - SCHEDE RIEPILOGATIVE DELLE VOCI DI SPESA		IMPORTO IN EURO
1	SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI – Scheda B1	
2	DPI – Scheda B2	
3	MAGGIORI SPESE PER IL PERSONALE – Scheda B3	
4	MAGGIORI SPESE PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SPECIALI – Scheda B4	
5	SPECIFICI INVESTIMENTI PER LA MESSA IN SICUREZZA DEGLI OSPITI E DEGLI OPERATORI – Scheda B5	
6	SPECIFICI INVESTIMENTI PER MIGLIORARE LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA (BENESSERE PSICOFISICO DEGLI OSPITI) – Scheda B6	
7	TOTALE	€
SEZIONE "C" - TETTO INTEGRAZIONE TARIFFARIA		
TIPOLOGIA RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE:	UTENZA (ANZIANI - DISABILI - MINORI - DIPENDENZE – PSICHIATRIA):	
Nota: Per giornate assistenziali si intendono quelle di effettiva presenza inerenti alle AA.SS.LL. Regione Piemonte. Per le strutture semiresidenziali le frequenze a tempo parziale devono essere ricondotte a giornate di assistenza a tempo pieno equivalente.	NUMERO GIORNATE ASSISTENZIALI <i>(scrivere nella casella a destra)</i>	
	VALORE DI RIFERIMENTO DELL'INTEGRAZIONE TARIFFARIA*	
AVVERTENZA: LA SOMMA INDICATA A TITOLO DI INTEGRAZIONE TARIFFARIA DEVE ESSERE AL NETTO DEI RIMBORSI EVENTUALMENTE RICHIESTI ALLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, QUALI AD ESEMPIO:		
CREDITO D'IMPOSTA PER LA SANIFICAZIONE E L'ACQUISTO DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE EX ART. 125 DEL D.L. 34/2020 (Lex n. 77/20)		
RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI DISPOSITIVI ED ALTRI STRUMENTI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE EX ART. 43, COMMA 1, D.L. 18/2020 (Lex. n. 27/20)		
SEZIONE "D" – IMPORTO RICHIESTO ALL'ASL	A.S.L.:	IMPORTO IN EURO
L'ASL DI RIFERIMENTO è quella che ordinariamente riceve le fatturazioni per la struttura oggetto della domanda.	IMPORTO RICHIESTO (al netto dei rimborsi eventualmente richiesti alle PP.AA.)	
ALTRE ASL A CUI SI È DOMANDATA L'INTEGRAZIONE RISPETTO ALLA MEDESIMA STRUTTURA:	ALTRO IMPORTO RICHIESTO (non oggetto della presente domanda) EURO	
ALTRE ASL A CUI SI È DOMANDATA L'INTEGRAZIONE RISPETTO AD ALTRE STRUTTURE:	ALTRO IMPORTO RICHIESTO (non oggetto della presente domanda) EURO	

DICHIARA, INOLTRE,

- che la struttura è regolarmente registrata sulla piattaforma Covid-19 S N
- che in caso di assenza di registrazione, ai fini della liquidazione del beneficio richiesto, si impegna a registrarsi su detta piattaforma e ad inserire i dati ivi previsti;
- che i costi relativi alle fatture portate in rendicontazione:
 - si riferiscono alla struttura indicata al riquadro "A" della presente domanda;
 - sono stati direttamente indotti dalla situazione emergenziale;
 - **non sono, per la parte portata in rendicontazione, oggetto di diversa forma di rimborso/recupero;**
 - sono riferiti a fatture che risultano pagate a saldo alla data della presentazione della domanda, con modalità che consentono la piena tracciabilità del pagamento e l'immediata riconducibilità dello stesso alla relativa fattura e che siano intestate al titolare dell'autorizzazione o agli eventuali gestori della struttura stessa come indicati al riquadro "C" e seguenti;
- che le fatture portate in rendicontazione sono fiscalmente regolari;
- di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i.;
- che la somma, che verrà percepita a titolo d'integrazione tariffaria, verrà debitamente ripartita con gli altri eventuali soggetti beneficiari, indicati al precedente riquadro "B".

**PERTANTO,
IL/LA MEDESIMO/A RICHIEDE**

- l'importo complessivo di euro _____ **al netto di altri eventuali rimborsi da parte della PP.AA.** per la struttura di cui al riquadro "A", quale integrazione tariffaria, come dettagliato nelle tabelle allegate (Allegato 2/1 "Tabelle di Rendicontazione") in base alle giornate assistenziali dichiarate pari a n. _____ e al valore di riferimento dell'integrazione tariffaria giornaliera pari a euro _____;

- e che detta somma venga accreditata sul conto corrente di seguito indicato:

• Intestato a: <i>Il conto corrente indicato ai fini dell'accredito dell'importo per l'integrazione tariffaria deve essere intestato al soggetto, che, rispetto alla struttura oggetto della domanda, ordinariamente emette fattura per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie all'Azienda Sanitaria Locale di riferimento</i>	
• presso la Banca:	
• Agenzia n.:	• di:
• via e numero civico:	
• IBAN:	

DATA E LUOGO

**FIRMA PER ESTESO
DEL TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE/
LEGALE RAPPRESENTANTE/
DELEGATO CON POTERI DI RAPPRESENTANZA**

ALLEGATI:

- Allegato n. 2/a, "Dichiarazione di altro soggetto Beneficiario"; eventuali Allegati nn. 2/b, 2/c, etc. in caso di più soggetti beneficiari;
- Allegato n. 2/1, "Tabelle di Rendicontazione", debitamente sottoscritte anche dagli eventuali soggetti beneficiari;
- Copia documentazione di spesa;
- copia del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore della domanda, in caso di sottoscrizione autografa.

ALLA DOMANDA DI INTEGRAZIONE TARIFFARIA PRESENTATA DAL TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 3 DEL 26 GENNAIO 2021 E DELLA D.G.R. N. 13 - 2888 DEL 19 FEBBRAIO 2021

Nel caso di più soggetti beneficiari per la stessa struttura di riferimento richiedente dovranno essere allegati anche i corrispondenti Allegati nn. 2/b, 2/c, etc.

A. DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA DI RIFERIMENTO DI CUI ALL'ALLEGATO N.2

Codice fiscale:	Partita IVA:	
Tipo di struttura: <i>Indicare se: residenziale o semiresidenziale</i>	Area funzionale: <i>Indicare se: anziani, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche</i>	
Denominazione struttura:		
Indirizzo struttura:		
CAP:	Comune:	Provincia:

B. DATI IDENTIFICATIVI DI ALTRO SOGGETTO BENEFICIARIO IN RELAZIONE ALLA STRUTTURA

Codice fiscale:	Partita IVA:	
Denominazione:		
Forma giuridica:	Forma giuridica (classificazione Istat)*:	
Iscrizione ad altri Registri nazionali o regionali:		
Codice attività prevalente:		
Indirizzo PEC o altro indirizzo e-mail:		
Sede legale (via/corso/piazza):		
CAP:	Comune:	Provincia:

IL/LA SOTTOSCRITTO/A,**Cognome:** _____ **Nome:** _____**Nato/a il:** _____ **nel Comune di/Stato Estero:** _____ **(Prov. _____)****Residente nel Comune di/Stato Estero:** _____ **(Prov. _____)****in qualità di:**

- soggetto beneficiario, autorizzato dal Titolare dell'Autorizzazione;
- legale rappresentante del soggetto beneficiario;
- delegato/a con poteri di rappresentanza dal soggetto beneficiario;

consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

- **di avere fornito nella struttura indicata nella “sezione A” dell’Allegato n. 2, di cui la presente dichiarazione è l’Allegato n. 2/.... le seguenti prestazioni autorizzate dal titolare della struttura:** _____;
- **che i costi sostenuti pari a euro _____ relativi alle proprie fatture portate in rendicontazione dal titolare dell’autorizzazione della struttura, come da Allegato n. 2/1, “Tabelle di Rendicontazione”, debitamente sottoscritte:**
 - si riferiscono alla struttura indicata al precedente riquadro A, che è la stessa del riquadro A dell’Allegato n. 2 citato;
 - sono stati direttamente indotti dalla situazione emergenziale;
 - **non sono, per la parte portata in rendicontazione, oggetto di diversa forma di rimborso/recupero;**
 - sono riferiti a fatture che risultano pagate a saldo alla data della presentazione della domanda di rimborso, con modalità che consentono la piena tracciabilità del pagamento e l’immediata riconducibilità dello stesso alla relativa fattura e che sono intestate al presente soggetto beneficiario;
- che le fatture portate in rendicontazione sono fiscalmente regolari;
- di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

DATA E LUOGO

FIRMA PER ESTESO

**DEL BENEFICIARIO/LEGALE RAPPRESENTANTE/
DELEGATO CON POTERI DI RAPPRESENTANZA**

ALLEGATO:

Copia del documento d’identità del soggetto beneficiario dichiarante in corso di validità, in caso di sottoscrizione autografa.

FIRMA PER ESTESO

**DEL TITOLARE DELL’AUTORIZZAZIONE/
LEGALE RAPPRESENTANTE/
DELEGATO CON POTERI DI RAPPRESENTANZA**
