

AL I° SETTORE
SERVIZI ALLA PERSONA SOCIO-ASSISTENZIALI
COMUNE DI DECIMOMANNU

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTA' ANNO 2014 - LINEE 1, 2 , 3 (in attuazione della Deliberazione di Giunta Comunale n. 65 del 26/06/2014)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

residente in DECIMOMANNU, Via _____ n. _____

telefono 070/_____ Cellulare _____

C.F. _____

Titolo di studio (obbligatorio per la Linea 3): _____

CHIEDE

Di poter beneficiare dell'intervento di seguito indicato (barrare la casella accanto alla Linea di intervento di cui si intende beneficiare)

LINEA 1 SUSSIDI A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI ACCERTATA POVERTÀ

LINEA 2 CONCESSIONE DI CONTRIBUTI PER FAR FRONTE ALL'ABBATTIMENTO DEI COSTI DEI SERVIZI ESSENZIALI.

LINEA 3 CONCESSIONI DI SUSSIDI PER LO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO CIVICO COMUNALE

Firma del richiedente

In riferimento alla presente richiesta di intervento assistenziale, rende la presente dichiarazione.

Consapevole delle sanzioni penali cui incorre nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole inoltre di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

DICHIARA

- Di essere residente a Decimomannu in Via _____
n. _____;

QUADRO A

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E CONDIZIONE LAVORATIVA

- che il nucleo familiare nel quale vive abitualmente il destinatario del beneficio richiesto è composto complessivamente da n. _____ componenti;
- che sono presenti nel nucleo familiare, così come sotto composto, n. _____ disabili
- che il proprio stato di famiglia **alla data di presentazione della richiesta** è così composto:

N.	COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	CONDIZIONE LAVORATIVA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

N.B. La condizione lavorativa deve essere riferita alla data di presentazione della domanda: riportare a seconda dei casi, la voce "OCCUPATO" o "NON OCCUPATO"

- che il reddito ISEE 2013 del nucleo familiare è pari a € _____
- che nell'anno 2013, NON ha percepito redditi esenti IRPEF / ha percepito i seguenti redditi esenti IRPEF:

QUADRO B	EURO
NATURA DEL REDDITO (specificare il nominativo del beneficiario)	
Pensione di Invalidità civile, cecità, sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
Assegno di mantenimento	
Rendita INAIL per invalidità permanente o decesso	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite	

- che i costi sostenuti per l'anno 2013 riferiti alle seguenti voci sono stati **(da compilare esclusivamente se si intende beneficiare della Linea di intervento 2)**:

QUADRO C	
COSTI DEI SERVIZI ESSENZIALI	
NATURA DEL COSTO SOSTENUTO	EURO
Canone di locazione	
Energia elettrica	
Smaltimento rifiuti solidi urbani	
Riscaldamento, gas di cucina	
Consumo acqua potabile	
Servizi e interventi educativi quali nidi d'infanzia, servizi primavera, servizi educativi in contesto domiciliare, baby sitter, per i quali non risulti che l'interessato sia già stato ammesso a usufruire di altri contributi pubblici	

N.B. L'Amministrazione potrà richiedere, per ogni voce, pezze giustificative di avvenuto pagamento (ricevute, fatture, etc.).

- di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio;
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al programma delle azioni di contrasto alle povertà per nessuna linea di intervento, per l'anno 2014;
- di essere a conoscenza del fatto che l'Amministrazione comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, potrà disporre controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Il/La Sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

DECIMOMANNU li ____/____/____

Firma del richiedente

Si allega alla presente:

- Copia documento d'identità;
- Copia codice fiscale;
- Certificazione ISEE valida;
- Eventuale certificazione sanitaria attestante lo stato di invalidità;
- Eventuale certificazione sanitaria attestante lo stato di portatore di Handicap grave (art.3 comma 3, Legge 104/92);
- Scheda anagrafica in corso di validità, rilasciata dal Centro per l'impiego, indicante la condizione di disoccupazione/inoccupazione **(esclusivamente se si intende beneficiare della Linea di intervento 3 - Servizio Civico Comunale)**

Il/La Sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 30.06.2003, n.196, i dati personali contenuti nella presente domanda saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito e per i fini istituzionali del procedimento per il quale vengono resi.

DECIMOMANNU li ____/____/____

Firma del richiedente