

**ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE
DEL COMUNE DI FONNI**

**OGGETTO: RICHIESTA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE PER
IL SOSTEGNO ECONOMICO A FAMIGLIE E PERSONE IN SITUAZIONI DI
POVERTÀ E DI DISAGIO**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Il _____, residente
a _____ in Via _____
n. _____ telefono _____, C.F. _____

Chiede

di essere ammesso alla linea d'intervento :

- sostegno economico nell'ambito di progetti personalizzati di aiuto;
- impegno in servizi di pubblica utilità
- contributi economici per l'abbattimento dei costi dei servizi essenziali (prevalentemente per le persone che vivono periodi di povertà transitoria)

- 1) *Può essere accolta una sola domanda per lo stesso nucleo familiare*
- 2) *Barrare una sola casella*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

dichiara:

- Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

Che il proprio reddito ISEE 2016 è pari a € _____

Dichiara inoltre :

- 1) Di essere Nucleo Monogenitoriale con figli minori a carico
- 2) che sono presenti n° _____ di figli minori
- 3) che sono presenti n° _____ studenti, anche frequentanti l'Università (esclusi fuori corso)
- 4) che nel proprio nucleo familiare è presente un detenuto o beneficiario sottoposto a misure restrittive di libertà
- 5) di essere persona sola con età fino a 50
- 6) di essere una persona sola di età superiore a 50 anni
- 7) di essere invalido civile percentuale di invalidità

che

- nell'anno _____, non ha percepito redditi esenti IRPEF;
 il proprio nucleo familiare ha percepito nell'anno _____ i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO	EURO
Pensione di Invalidità civile, cecità sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
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 lauream	
Assegni nucleo familiare e maternità	
Leggi di settore (assegno mensile)	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite	

- Il reddito mensile di tutti i componenti del nucleo familiare anno 2016 è

Cognome e Nome	Attività lavorativa	reddito	Inizio attività

(barrare la casella che interessa)

- di essere disoccupato dal _____ e di aver percepito l'indennità di disoccupazione pari a € _____
- di essere in possesso di n. _____ autoveicol_ di cilindrata minimo 1600 immatricolata da meno di tre anni.
- che il nucleo familiare possiede oltre l'abitazione principale n. ____ immobil_ ad uso abitativo
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. ____ componenti che risultano titolari di aziende, proprietari di capi di bestiame (oltre 200 capi), ditte, esercizi commerciali, specificare: _____
- di essere disponibile a concordare un percorso personalizzato di inserimento sociale , formativo rivolto a se medesimo e ai componenti il nucleo familiare
- di essere comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione del nucleo familiare , delle condizioni di reddito e di patrimonio

*Per chi barra la linea di intervento “ contributi economici per l’abbattimento dei costi dei servizi essenziali (prevalentemente per le persone che vivono periodi di povertà transitoria) “

Dichiara che

- nell’anno _____, ha sostenuto i seguenti costi:

NATURA DEL SERVIZIO	COSTO ANNUALE EURO
canone di locazione	
energia elettrica	
smaltimento dei rifiuti solidi urbani	
riscaldamento	
gas di cucina	
consumo dell’acqua potabile	
servizi ed interventi educativi quali: nidi d’infanzia, servizi primavera, servizi educativi in contesto domiciliare, per il quale non risulti che l’interessato sia già stato ammesso a usufruire di altri contributi pubblici	

Allega:

- dichiarazione ISEE 2016;
- copia di documento d’identità in corso di validità;
- copia permesso di soggiorno o carta di soggiorno (eventuale);
- copia verbale di invalidità o verbale di riconoscimento handicap ai sensi della legge 104/92 o certificazione medica attestante la non autosufficienza (eventuale).

Data

Firma

1 sottoscritt _____ è consapevole che a norma del D.P.R. n. 445/2000 le amministrazioni comunali sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione e, in tutti quei casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni presentate, a sospendere o revocare i benefici ottenuti, mettendo in atto le misure ritenute necessarie al loro integrale recupero.

Firma