

All'Ufficio dei **Servizi Sociali** del Comune di
Serramanna

OGGETTO: LINEA DI INTERVENTO 2 - CONCESSIONE DI CONTRIBUTI RELATIVI ALL'ABBATTIMENTO DEI COSTI DEI SERVIZI ESSENZIALI – PROGRAMMA 2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente a Serramanna in Via _____ n _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

recapito telefonico _____.

CHIEDE

Che venga concesso il sostegno economico previsto dal **“Programma Regionale finalizzato alle Azioni di sostegno economico – Programma 2015” - Linea di intervento . 2 – Concessione di contributi per far fronte all'abbattimento dei costi dei servizi essenziali.**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, 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; ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R. 445/2000.

DICHIARA:

- a) di essere residente a Serramanna;
- b) che il proprio nucleo familiare è così composto:

NOME E COGNOME	NATO A IL	RELAZIONE DI PARENTELA

- c) che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ minori e n. _____ studenti entro i 25 anni, frequentanti la classe e/o Corso di Laurea _____ presso _____ sede di _____ ovvero la classe e/o Corso di Laurea _____ presso _____ sede di _____.

- d) che nel nucleo familiare è/sono presente/i n. ____ invalido/i con invalidità civile pari ____% e pari ____%;
- e) che nel he nel nucleo familiare è/sono presente/i n. ____ componente/i in carico ai Servizi Socio-Sanitari) **SI** [☐] **NO** [☐] (*l'ufficio si riserva la facoltà di approfondire la situazione*);
- f) che l'indicatore della situazione economica equivalente del nucleo familiare relativo ai redditi percepiti nel 2014 (**ISEE 2016**) non supera la soglia di **euro 5.000,00** e risulta pari a € _____;
- g) di avere sostenuto nel corso del **2015** i seguenti oneri relativi alle sottoelencate voci di spesa (per i quali non risulti che l'interessato sia già stato ammesso a usufruire di altri contributi pubblici):

TIPOLOGIA DI SPESA	IMPORTO
Energia elettrica	€
Smaltimento dei rifiuti solidi urbani	€
Consumo dell'acqua potabile	€

- h) Che il proprio nucleo [HA] / [NON HA] beneficiato del programma 2014 e [HA] / [NON HA] beneficiato e/o [NON BENEFICERA'] del programma di contrasto alle povertà 2015, attivati o in corso di attivazione (**barrare la voce che interessa**);
- i) che le condizioni di precarietà lavorativa, relative al nucleo familiare, sono le seguenti:
- mancanza di un contratto di lavoro della durata di sei mesi negli ultimi tre anni (esclusi i contratti nell'ambito dei programmi di contrasto alle povertà) **SI** [☐] **NO** [☐];
 - persone di età superiore ai 45 anni privi di occupazione **SI** [☐] **NO** [☐];
- j) di [AVERE] [NON AVERE] beneficiato negli ultimi tre anni di interventi di natura assistenziale o programmi di sostegno di natura socio-assistenziale (fanno eccezione i sussidi per particolari tipologie di problematiche sanitarie (**barrare la voce che interessa**);
- l) di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito, patrimonio nonché lavorative.
- m) 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.

Serramanna, lì _____

Firma _____

In caso di accoglimento dell'istanza il sottoscritto chiede sin d'ora di riscuotere il relativo mandato di pagamento:

[] Direttamente allo sportello della Tesoreria Comunale – Unicredit Banca – Via Roma

[] Delega al /alla Sig./sig.ra _____ nato/a _____

il _____ Indirizzo _____

Codice Fiscale _____

[] Mediante accredito in C/C bancario n. _____ Banca _____

Cod. IBAN _____

Serramanna, lì _____

Firma _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Serramanna, lì _____

Firma _____

Si allega alla presente:

- Copia documento d'identità in corso di validità;
- Copia del codice fiscale;
- Copia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno;
- ISEE 2016 (redditi 2014) rilasciata da un Centro Autorizzato di Assistenza Fiscale (CAAF);
- Certificazione Sanitaria comprovante la situazione di invalidità;
- n. ____ copie delle ricevute dei pagamenti **sostenuti nell'anno 2015** (relativi alle spese di cui all'art.3);
- Copia delle eventuali disposizioni dell'autorità giudiziaria.
- _____.

Serramanna, lì _____

Firma _____

RISERVATO AL SERVIZIO SOCIALE

VALUTAZIONE	TIPLOGIA	PUNTEGGIO
SITUAZIONE FAMILIARE		
SITUAZIONE ECONOMICA	ISEE €._____	
TOTALE		