

MODULO DI RICHIESTA INSERIMENTO PROGRAMMA AZIONI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'. ANNO 2014.

LINEA DI INTERVENTO 1 – Concessione di sussidi a favore di persone e nuclei familiari in condizioni di accertata povertà.

Il/la sottoscritto/a.....
Nato ail.....codice fiscale.....
residente aProv.....CAP.....
Via.....N.....
tel.....e.mail.....

CHIEDE

di essere ammesso al programma sperimentale di contrasto delle povertà – Anno 2014, **linea di intervento 1.**

A tal fine, il sottoscritto consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 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 (barrare con una crocetta):

- di aver preso visione del bando e di accettarne tutte le condizioni ivi contenute;
- di essere residente nel Comune di Budoni;
- che nessun altro componente presente nel proprio nucleo familiare ha presentato analoga richiesta di benefici alle Linee di intervento 1,2 e 3;

□ che il proprio nucleo familiare è così composto:

QUADRO A				
COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E CONDIZIONE LAVORATIVA				
<ul style="list-style-type: none"> • il nucleo familiare nel quale vive abitualmente il destinatario del beneficio richiesto è composto complessivamente da n. _____ componenti; • sono presenti nel nucleo familiare, così come sopra composto, n. ____ disabili, con handicap grave, (<i>allegare copia della certificazione L. 104/92, art. 3 comma3, certificazione invalidità civile</i>); • il proprio stato di famiglia <u>alla data di pubblicazione del bando</u>, è così composto ed i componenti hanno la seguente condizione lavorativa: 				
N.	COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARANTELA	CONDIZIONE LAVORATIVA
1	DESTINATARIO DEL BENEFICIO		=====	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

N.B. La condizione lavorativa deve essere riferita alla data di pubblicazione del bando: riportare a seconda dei casi, la voce “OCCUPATO”, “NON OCCUPATO” o “PENSIONATO”.

QUADRO B
RISORSE ECONOMICHE COMPLESSIVE PERCEPITE DAL NUCLEO FAMILIARE

Il/La Sottoscritto/a _____

DICHIARA

- che i redditi ISEE calcolati sui redditi 2013 sono pari ad € _____.
- che il proprio nucleo familiare **non ha** percepito nell'anno 2012 redditi esenti IRPEF;
- che il proprio nucleo familiare **ha** percepito nell'anno 2013 i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO ANNO 2013	EURO (specificare la quota annua)
Pensione o assegno di Invalidità civile, cecità e sordomutismo e altri sussidi corrisposti dagli enti pubblici di assistenza	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
Rendita INAIL per invalidità permanente o decesso	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Pensione di inabilità di cui alla Legge n. 118/71 e ss.mm.ii.	
Indennità di fine rapporto e retribuzioni arretrate (relative a precedenti annualità)	
Redditi da lavoro dipendente prestato all'estero in via continuativa	
Assegni di maternità, per il nucleo familiare e assegni periodici spettanti al coniuge separato per il mantenimento dei figli	
Borse di studio università o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea	
Altre provvidenze erogate dal Comune (ad esempio leggi di settore, contributi economici di qualsiasi tipo) o da altri Enti pubblici e privati	
TOTALE	

SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a, in caso di ammissione al beneficio richiesto, si impegna a:

- rendersi disponibile a concordare un percorso personalizzato che prevede la sottoscrizione di un sintetico programma di aiuto, concordato con il Servizio Sociale, elaborato sulla base delle caratteristiche personali e/o familiari che include impegni personali volti a favorire l'uscita della condizione di povertà e percorsi di responsabilizzazione e valorizzazione delle proprie capacità;
- comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio;
- non aver fatto richiesta di inserimento al programma azioni di contrasto alla povertà relativamente alla linea di intervento 3;
- 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;
- essere a conoscenza del fatto che qualora, da parte dell'amministrazione comunale, sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni presentate, i benefici ottenuti verranno sospesi o revocati, mettendo in atto le misure ritenute necessarie al loro integrale recupero;
- essere a conoscenza che, in considerazione della natura del provvedimento, l'amministrazione comunale è tenuta a valutare l'effettiva capacità di spesa del nucleo familiare, soprattutto laddove la situazione oggettiva sia diversa da quella anagrafica o si evidenzino situazioni anomale che necessitano di maggiore tutela;
- essere a conoscenza che, in considerazione della natura del provvedimento in oggetto, le persone che accedono alla presente linea di intervento hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente ogni variazione anagrafica e/o relativa alla composizione del proprio nucleo familiare, alle condizioni di reddito e patrimoniali che si dovessero verificare anche successivamente all'ammissione al programma.

Budoni, li _____

Firma del richiedente

Alla presente domanda si allegano i seguenti documenti:

- Copia del *codice fiscale*;
- Copia fotostatica di un *documento di identità* del dichiarante, in corso di validità;
- Copia della carta o permesso di soggiorno, nel caso di cittadino extracomunitario (ai sensi del Testo unico sull'immigrazione e SS.MM.II. – Legge n° 286 del 25.07.1998);
- Copia del *certificato ISEE* 2013 in corso di validità;
- Copia del Certificato di iscrizione (scheda anagrafico – professionale) rilasciato dal Centro Servizi per il Lavoro di Olbia, aggiornata alla data di pubblicazione del bando (ad esclusione dei pensionati) SOLO PER LA LINEA 3;
- Copia della certificazione sanitaria attestante lo stato di invalidità (L. 68/99; art. 3 comma 3 L. 104/92, invalidità civile);
- Altro _____