|  |  |
| --- | --- |
| LOGO MAB UNESCO  stemma colori | **COMUNE DI BUDDUSÒ**  **PROVINCIA DI SASSARI**  **AREA SOCIO CULTURALE**  **UFFICIO SERVIZIO SOCIALE**  C.F. 81000470906 - P.IVA 00131450900 |

**AL COMUNE DI BUDDUSÒ**

***Ufficio servizi sociali***

**Pec:** [**protocollo@pec.comunebudduso.ss.it**](mailto:protocollo@pec.comunebudduso.ss.it)

**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla misura regionale REIS (Reddito di Inclusione Sociale) introdotta dalla L.R. n. 18 del 2 agosto 2016. ANNUALITÀ 2025. PARTE SECONDA DELLE LINEE GUIDA REGIONALI**

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Buddusò in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammess\_\_ a fruire dei benefici previsti dalla Legge Regionale n. 18 del 2 agosto 2016 “Reddito di inclusione sociale” **annualità 2025 (periodo luglio 2025 – giugno 2026) – Parte seconda delle linee guida regionali “Altri interventi di contrasto alla povertà”.**

**Consapevole delle sanzioni penali previste e richiamate dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere**

**DICHIARA**

(*barrare la voce che interessa)*

**1. Requisiti generali**

* di essere cittadino italiano;
* di essere cittadino comunitario;
* di essere cittadino straniero in possesso di regolare titolo di soggiorno;
* di essere residente nel Comune di Buddusò al momento della presentazione della domanda;

**1.2 che il proprio nucleo familiare è così composto:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome cognome** | **anni** | **Rapporto di**  **parentela** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Attività svolta** |
| Richiedente |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2. Requisiti reddituali - Il sottoscritto dichiara altresì**

(*barrare la voce che interessa)*

* il sottoscritto percepisce l’importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Assegno di inclusione (ADI);
* altresì non percepisce l’Assegno di inclusione (ADI) in quanto la domanda presentata è stata rifiutata (va allegata la comunicazione di rifiuto);
* non ha mai presentato la domanda per l’Assegno di inclusione (ADI);

**oppure**

* che nessun componente del proprio nucleo familiare percepisce l’Assegno di inclusione (ADI);
* che il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente nel mio nucleo familiare percepisce l’Assegno di inclusione (ADI) per l’importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che nessun componente del proprio nucleo familiare è stato ammesso all’Assegno di inclusione (ADI) con domanda presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (va allegata la comunicazione di rifiuto dell’INPS)

**2.1 Attestazione ISEE**

* di possedere una certificazione **ISEE ordinario** pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euro;
* di possedere una certificazione **ISEE corrente\*** pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euro;

**2.2 Fattori aggravanti la condizione di bisogno – Il sottoscritto dichiara, altresì, che il peggioramento della propria condizione è determinata dalla seguente motivazione:**

🞎 della perdita del lavoro e/o riduzione consistente del proprio reddito familiare non attestabile dall’ISEE corrente;

🞎 della situazione sanitaria precaria, in assenza o attesa dei relativi benefici economici, con particolare attenzione ai pazienti dimessi dall’ospedale che hanno perso la propria autosufficienza e necessitano di assistenza domiciliare;

🞎 le persone ricoverate e/o dimesse dall’ospedale che devono prendersi cura di un congiunto non autosufficiente o, nel caso di disabili, i minorenni/maggiorenni non capaci di provvedere a loro stessi e assistiti da parenti, per malattia o decesso dei genitori;

🞎 della situazione abitativa incerta (rischio di sfratto, coabitazione, usufrutto temporaneo, difficoltà a sostenere le spese del canone di locazione o del mutuo, difficoltà a sostenere il pagamento delle utenze domestiche, ecc.);

🞎 di situazioni di emarginazione sociale, o condizione di rischio sociale correlata a dipendenze, problematiche giudiziarie, ecc.;

🞎 presenza di minori e/o anziani non autosufficienti;

🞎 assenza di relazioni parentali considerabili “risorse” (familiari civilmente obbligati ex art. 433 c.c.);

🞎 altro, specificare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA:**

***(Obbligatoriamente va visionato e barrato in ogni sua casella)***

☐ che la valutazione dello stato di bisogno e dell’istruttoria dell’istanza avverrà da parte del Servizio sociale Professionale, sia tenendo conto della condizione socio-economica di base (definita dall’ISEE secondo i criteri sopra riportati), sia attraverso la valutazione di fattori aggravanti la condizione di bisogno;

☐ di conoscere e accettare senza riserve quanto contenuto nell’ Avviso Pubblico finalizzato all’acquisizione delle istanze per la Misura regionale REIS;

🞎 di aver preso visione **dell’Avviso Pubblico in oggetto che si intende accettato integralmente**, nonché di quanto previsto dalle Linee Guida approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/55 del 5 giugno 2025;

🞎 **I beneficiari del REIS hanno l’obbligo** di **comunicare al Servizio Sociale Professionale ogni variazione della mutata composizione del nucleo familiare e/o nella situazione reddituale e patrimoniale, intervenuta rispetto al momento di presentazione della domanda;**

🞎 di essere consapevole che la **mancata presentazione della documentazione** richiesta a corredo della presente domanda, entro i termini stabiliti, può comportare l’esclusione dal procedimento di attribuzione dei benefici;

🞎 di assumersi ogni responsabilità in ordine alla verifica della correttezza delle dichiarazioni rese e della documentazione presentata all’Ufficio Protocollo dell’Ente (istanza, firma, allegati);

🞎 di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell’art. 71 del D.P.R n. 445 del 2000;

🞎 di essere consapevole che l’eventuale accesso al contributo potrà essere sospeso in caso di esaurimento delle risorse disponibili in capo al Comune.

***dichiara di essere a conoscenza che saranno esclusi dal programma:***

🞎 i nuclei familiari che non possiedono i requisiti e le caratteristiche indicati presente bando;

🞎 coloro che effettuino false dichiarazioni ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445;

🞎 coloro che presentino la domanda oltre i termini stabiliti;

🞎 coloro che non comunichino al Servizio Sociale variazioni di requisiti che hanno rilevanza sul presente programma.

**ALLEGA a pena di esclusione:**

* copia documento d’identità in corso di validità del richiedente;
* copia attestazione DSU e corrispondente ISEE in corso di validità, con scadenza 31.12.2025;
* attestazione INPS con avvenuta presentazione/decadenza domanda ADI;
* codice IBAN intestato al richiedente;
* eventuale altra documentazione richiesta dal servizio sociale professionale attestante lo stato di bisogno del richiedente.

Buddusò, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa privacy**

I dati personali forniti nell'istanza e nella documentazione ad essa allegata, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all’espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali da ciascuna Amministrazione comunale.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.

Buddusò, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_