

PROTOCOLLO N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_



**COMUNE DI TISSI**  
**AREA SERVIZI GENERALI, DEMOGRAFICI E SOCIALI**

**OGGETTO: Richiesta provvidenze a favore dei disabili psichici – L.R. N. 15 del 27/08/1992, L.R. N. 20 del 30/05/1997 e s.m.i.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

**in qualità di Legale Rappresentante del seguente:** ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato **di:**

*(nome e cognome)* \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

**DICHIARA**

- ☐ Di essere in trattamento cura dal \_\_\_\_\_ presso<sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_
- ☐ Di essere affetto da una delle seguenti infermità riconosciute come disturbi a carattere invalidante:
- schizofrenia (catatonica, disorganizzata, paranoidea, indifferenziata, residua), ad andamento cronico;
  - disturbo delirante paranoide ad andamento cronico;
  - disturbo schizoaffettivo, ad andamento cronico;
  - disturbo depressivo maggiore ad andamento cronico;
  - disturbo bipolare dell'umore (depressivo, misto, maniacale), ad andamento cronico;
  - autismo.
- ☐ Di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- ☐ Di aver percepito le seguenti entrate:

Come individuato dall'art. 9 della L.R. n. 15/1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. n. 20/1997 nella determinazione del reddito devono essere considerate tutte le entrate comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile e i trattamenti pensionistici, escluso l'assegno di accompagnamento.

1 **(\*) Indicare il Centro o la Struttura presso cui è IN CURA.**

Tipologia	Anno _____	Anno _____
Pensione e/o assegno sociale e/o Assegno di frequenza		
Contributo Reis		
Reddito di Cittadinanza		
Altro		

- Che il proprio nucleo familiare (1) e relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (2)
Anno di riferimento (_____) <sup>(3)</sup> Totale reddito NETTO ANNUO				

- di autorizzare il Settore Politiche Sociali ad inviare eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare \_\_\_\_\_ e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

ai fini della ☐ presentazione ☐ rinnovo della domanda, di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 15 del 27/08/1992, L.R. 20 del 30/05/1997 e s.m.i. (Provvidenze a favore dei sofferenti mentali) sotto forma di:

- ☐ assegno mensile

**CHIEDE**, altresì che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- ☐ Accredito su C/C bancario o postale a me intestato:

ALLEGARE COPIA

- ☐ Carta prepagata a me intestata:

ALLEGARE COPIA

### ALLEGA

- Certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico;
- Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Dichiarazione dei redditi anno 20\_\_ (riferita all'anno 20\_\_). Alternativamente Mod. 730 - Mod. UNICO, CU, Modello Isee Anno 20\_\_

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti ai sensi GDPR 2016/679 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Tissi, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

### Istruzioni per la compilazione

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti. SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta **entro il 30 marzo di ogni anno** – agli uffici territoriali competenti.

#### (1) Composizione Nucleo Familiare:

##### **I REDDITI COMPLESSIVI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO INCLUDERE:**

- nel caso di *richiedente il beneficio* coniugato, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, del coniuge e dei figli fiscalmente a carico (\*);
  - nel caso di *richiedente il beneficio* celibe o nubile, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, dei genitori e dei fratelli fiscalmente a carico (\*) del capo famiglia;
- (\*) Sono considerati fiscalmente **A CARICO** i figli fino a 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 4.000,00, ed i figli oltre i 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 2.840,51.

#### (2) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Bisogna prendere in considerazione:

- a. Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- b. Compartecipazioni ad utili societari;
- c. pensioni;
- d. Rendite immobiliari.

**N.B.:** Non devono essere prese in considerazione ai fini del calcolo del reddito:

- a. le rendite assicurative INAIL,
- b. le pensioni d'invalidità civile,
- c. gli assegni di accompagnamento.

#### (3) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.