

**Oggetto: Regolamento dei Servizi Sociali Ambito Sociale Distrettuale n. 16.
Richiesta di (barrare la casella interessata):**

- Aiuto economico
- Assistenza domiciliare
- Servizio di trasporto per persone in situazione di handicap grave presso gli istituti riabilitativi e/o scolastici
- Integrazione retta per anziani/disabili in strutture protette
- Integrazione rette di ricovero per minori in istituto
- Assistenza per l'autonomia e la comunicazione per alunni in situazione di handicap grave

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____) il _____
e residente in _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____

cittadino italiano cittadino comunitario cittadino extracomunitario

CHIEDE

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (TUDA), articolo 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni", art. 47 "Dichiarazione sostitutive dell'atto di notorietà", art. 76 "Norme Penali", **consapevole che le false dichiarazioni sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali**, nonché del fatto che qualora dai controlli (art. 71) emerga la non veridicità delle dichiarazioni, interverrà la decadenza dai benefici concessi (Art. 75);

Il servizio indicato in oggetto in favore di:

il richiedente

altra persona: Nome e Cognome _____

nato/a a _____ (____) il _____ e residente a Cepagatti in
Via _____ n. _____ Tel. _____

e possessore di invalidità civile nella misura del ____% L. 104/1992 con gravità, in quanto
affetto dalla seguente patologia: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE

1) di avere la seguente cifra reddituale che ha già dichiarato nell'Attestazione ISEE (comma 2 art. 4 DPCM n. 159/2013) allegata e riferita all'ultima dichiarazione dei redditi in possesso relativa all'anno _____, pari a € _____ nella quale sono state inserite tutte le forme reddituali previste dal calcolo del nuovo ISEE che decorre dal gennaio 2015, come si evince dalla Dichiarazione Sostitutiva unica allegata.

2) di aver già ottenuto aiuti economici o altre forme di assistenza dal Comune di Cepagatti

NO SI - tipo _____

importo _____ periodo _____

- 3) di usufruire di altri servizi comunali NO SI - tipo _____
- 4) di godere di assistenza da parte di altri Enti NO SI - tipo _____
- 5) di essere possessore di invalidità civile nella misura del ____% L. 104/1992 con gravità
in quanto affetto dalla seguente patologia: _____
- 6) di risiedere in abitazione di proprietà mutuo/locazione altro: (specificare) _____
- 7) di essere in possesso di regolare permesso/carta di soggiorno (riservato agli stranieri) NO SI

Allego alla presente:

- Fotocopia del documento d'identità valido;
- Attestazione ISEE relativa ai redditi dell'ultimo anno e Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- Documentazione sanitaria (certificato invalidità, verbale L.104/92, altra documentazione) se in possesso;
- Allegato della dichiarazione dei componenti il nucleo familiare.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati contenuti nelle dichiarazioni rese per le finalità del procedimento per il quale sono richieste e le modalità di servizio, ai sensi delle disposizioni di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali emanato con d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche.

Cepagatti, _____

Firma leggibile _____

**Allegato alla richiesta - Composizione nucleo familiare
(Regolamento dei servizi sociali Ambito Sociale Distrettuale n. 16).**

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____) il _____ e residente a **CEPAGATTI** in
Via _____ n. _____ Tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE

- Consapevole che, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (TUDA), articolo 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni", art. 47 "Dichiarazione sostitutive dell'atto di notorietà", art. 76 "Norme Penali", **le false dichiarazioni sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali**, nonché del fatto che qualora dai controlli (art. 71) emerge la non veridicità delle dichiarazioni, interverrà la decadenza dai benefici concessi (Art. 75);
- Che il proprio nucleo familiare, ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 05/12/2013 recante "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)", è composto da n. _____ persone come di seguito riportato:

	COGNOME/NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	OCCUPAZIONE	GRADO PARENTELA	AUTOVEICOLI/AEROMOBILI/NAVI/GALLEGIANTI
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Cepagatti, _____

Firma leggibile _____