C O M U N E D I S E N N O R I

Prot. n._____del _____

Al Responsabile dell'Area Sociale
Comune di Sennori
Via B. Sassari, 13
07036 SENNORI

OGGETTO: L.R. 20/97 – Richiesta provvidenze economiche a favore di persone affette da patologie psichiatriche. Annualità 2022. Modulo autocertificazione redditi Minori, Interdetti, Inabilitati e Amministrati.

Il/La sottoscritt _ _____ nat_ a _____ (_____) Il_____ /_____ /_____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____

in via/p.zza _____ n_____ Telefono _____

mail/pec: _____in qualità di: (barrare la casella)

☐ **genitore** ☐ **tutore** ☐ **curatore** ☐ **amministratore di sostegno**

Del sig. _____ (*beneficiario del sussidio*) nat _ a _____Il_____ /_____ /_____

e residente a _____ in via/p.zza _____ n. _____

CF. _____Tel_____

mail/pec: _____

Ai fini della concessione per l'anno 2022 del sussidio economico di cui all'art. 4 della legge Regionale 30 maggio 1997 n. 20,

(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)***

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46,47,48 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

1. che il nucleo familiare di appartenenza del ☐ **minore** ☐ **interdetto** ☐ **inabilitato** ☐ **amministrato** è composta da:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
			(Beneficiario)

2. Che il reddito personale annuo, relativo all'anno 2021 del ☐ **minore** ☐ **interdetto** ☐ **inabilitato** ☐ **amministrato :**

ammonta a €. _____ così derivante:

(*limite massimo per usufruire del beneficio attualmente in vigore €. 489,62 mensili)*

☐ Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità)

Importo mensile €_____ dal mese di _____per mesi _____

☐ Indennità di frequenza

Importo mensile €_____ dal mese di _____per mesi _____

☐ Assegno sociale

Importo mensile €_____ dal mese di_____per mesi _____

☐ Pensioni o indennità INAIL

Importo mensile €_____ dal mese di_____per mesi _____

☐ Pensione per causa di guerra o servizio

Importo mensile €_____ dal mese di_____per mesi _____

☐ Assegno di mantenimento ex coniuge

Importo mensile €_____ dal mese di_____per mesi _____

☐ Altro (specificare tipologia di reddito)

Importo mensile €_____ dal mese di_____per mesi _____

3. che il nucleo familiare di appartenenza del ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato ☐ amministrato

☐ non ha percepito nell'anno 2021 nessun contributo nazionale/comunale

☐ ha percepito nell'anno 2021 uno o più dei seguenti contributi economici:

☐ R.E.I.S. ☐ Sì ☐ No *(il calcolo sarà effettuato dagli uffici)*

☐ *Contributi economici comunali/regionali.* ☐ *Sì* ☐ *No* *(il calcolo sarà effettuato dagli uffici)*

☐ Reddito/Pensione di cittadinanza ☐ Sì ☐ No Importo mensile €_____ per mesi _____

☐ Reddito d'emergenza Covid 19 ☐ Sì ☐ No Importo mensile €_____ per mesi _____

☐ Altri contributi da altri Enti, ☐ Sì ☐ No Importo mensile €_____ per mesi _____

(specificare tipologia _____)

4. Dichiara inoltre che per l'anno **2021** il reddito imponibile **della famiglia di appartenenza** di cui al precedente punto 1. è inferiore ai limiti di reddito previsti dalla normativa per l'accesso al contributo economico ed è pari ad € _____
(limite massimo reddito nucleo familiare per usufruire dei benefici attualmente in vigore €. 42.513,74)

5. che il ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato ☐ amministrato

è in cura presso _____Dott/Dott.ssa _____tel_____

6. che a causa della propria patologia, il ☐ minore ☐ interdetto ☐ inabilitato ☐ amministrato non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici;

7. di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi mendace.

8. di essere a conoscenza che i servizi sociali comunali potranno effettuare verifiche sulla veridicità dei dati dichiarati mediante consultazione da archivi comunali (*es. anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (*es. INPS, Guardia di Finanza ecc.*) esclusivamente finalizzate all'erogazione dei benefici richiesti.

9. di essere informat _, ai sensi dell'art. 13 D. lgs 30.06.2003, n.196, con le modifiche di cui al D. Lgs. 101/2018 e del regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Rispetto alle modalità di accreditamento del contributo comunica:

☐ che non è intervenuta nessuna variazione

☐ che la nuova modalità di accreditamento è la seguente :

- C/C Postale/bancario (no libretto) IBAN_____

intestato a_____

- Carta Prepagata _IBAN_____

intestata a _____

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa alle situazioni su indicate che dovessero intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Sennori, _____ **IL DICHIARANTE**

_____

Allega alla presente:

☐ fotocopia documento di identità (obbligatorio)

☐ altro (specificare _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.