

RICHIESTA SUSSIDIO

ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

COMUNE DI **GONNOSTRAMATZA**

(OR.)

Oggetto: richiesta ammissione al Programma di contrasto alle povertà – Linea d'intervento 1: concessione di sussidi a favore di persone e nuclei familiari in condizioni di accertata povertà (Delibera G.R. n. 14/21 del 06.04.2010).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
prov. ____ residente a Gonnostamatza in Via _____ n. _____ cap. _____ prov. _____
C.F. _____ Recapito telefonico _____

Cellulare _____, a conoscenza dei relativi criteri

CHIEDE

che le/gli venga concesso il sussidio previsto dal Programma Regionale di contrasto alle povertà – Linea d'intervento 1 previsto dalla Delibera G.R. n. 14/21 del 06.04.2010.

A tal fine, 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

☐ di essere residente nel Comune di GONNOSTRAMATZA

☐ che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	OCCUPAZIONE	RELAZIONE DI PARENTELA

☐ che il proprio nucleo familiare non ha percepito nell'anno 2010 redditi esenti IRPEF;

☐ che il proprio nucleo familiare ha percepito nell'anno 2010 i seguenti redditi esenti IRPEF:

NATURA DEL REDDITO	EURO
Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Pensione sociale o assegno sociale	
Rendita INAIL per invalidità permanente o morte	
Pensione di guerra o reversibilità di guerra	
Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite (specificare)	

☐ che il proprio nucleo familiare è attualmente sprovvisto di qualsiasi fonte di reddito;

☐ che il proprio nucleo familiare attualmente percepisce il seguente reddito mensile € derivante da (specificare)

☐ di comunicare tempestivamente ogni variazione della mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio;

- ☐ di 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.

Allega:

- dichiarazione ISEE riferita ai redditi anno 2010;
- copia di documento d'identità in corso di validità;
- copia codice fiscale;
-;
-;
-

Il/la sottoscritto/a chiede, inoltre, che l'erogazione del sussidio avvenga con le seguenti modalità (barrare la casella che interessa):

- ☐ contanti presso la Tesoreria Comunale o le Agenzie del Banco di Sardegna;
- ☐ accredito sul C.C. Bancario n. _____ intestato al/alla sottoscritto/a presso la Banca _____ Agenzia di _____ Codice Iban _____
- ☐ accredito sul C.C. Postale n. _____ intestato al/alla sottoscritto/a presso l'Ufficio Postale di _____ Codice Iban _____
- ☐ assegno non trasferibile intestato al/alla sottoscritta (dal cui importo verrà decurtato circa € 9,00 per spese amministrative bancarie)

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196/93

Desideriamo informarla che il D. Lgs. n. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi dell'art. 13 della legge predetta Le forniamo le seguenti informazioni:

1. i dati personali forniti per la partecipazione al procedimento verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'amministrazione;
2. il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio, l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare il mancato perfezionamento del procedimento e delle sue successive fasi;
3. il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali che mediante l'uso di procedure informatiche; il trattamento dei dati verrà effettuato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi e potrà essere effettuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici idonei a memorizzarli, gestirli e trasmetterli;
4. i dati sensibili e giudiziari non saranno oggetto di diffusione, tuttavia alcuni di essi potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o privati nella misura strettamente indispensabile per svolgere attività istituzionali,previste dalle vigenti disposizioni, e secondo quanto previsto dalle disposizioni contenute nel D. Lgs. N. 196/2003;
5. il titolare del trattamento dei dati è il Comune di **Gonnostramatza**;
6. la responsabile del trattamento dei dati è l'Assistente Sociale **Greca Onnis** (responsabile del procedimento);
7. al titolare del trattamento o al responsabile ci si potrà rivolgere senza particolari formalità, per far valere i diritti dell'interessato, così com'è previsto dall'art. 7 del D. Lgs. N. 196/2003.

Ai sensi dell' art. 10 del Decreto Legislativo 196/2003, si autorizza l'utilizzo dei dati personali per le finalità di cui in precedenza e per uso esclusivamente interno.

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

INFORMATIVA ALLEGATA AL MODULO DI DOMANDA PER LA RICHIESTA DI SUSSIDI A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI ACCERTATA POVERTÀ.

1. CHIUNQUE NE FOSSE SPROVVISTO, PUO' RICHIEDERE IL RILASCIO DELL'ATTESTAZIONE ISEE DIRETTAMENTE AD UN CENTRO DI ASSISTENZA FISCALE (CAF).
2. NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE DOMANDE INCOMPLETE.
3. E' NECESSARIO DICHIARARE ANCHE I REDDITI ESENTI IRPEF.
4. IL LIMITE DI REDDITO ISEE RIDEFINITO PER POTER USUFRUIRE DEI BENEFICI E' DI €. 4.500,00.
5. AI FINI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO ESSERE INDICATI TUTTI I COMPONENTI, COSI' COME RISULTA DALLO STATO DI FAMIGLIA
6. LA MISURA DEL BENEFICIO PUO' VARIARE IN BASE ALLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE.
7. LA DURATA DEL PROGRAMMA E' PREVISTA PER MASSIMO 6 MESI RAPPORTATO ALLE RISORSE DISPONIBILI.
8. IL BENEFICIO VERRA' LIQUIDATO A MESE POSTICIPATO.

Firma per presa visione
