

Riservato all'Ufficio Protocollo:

Al Comune di Maracalagonis
Settore Politiche Sociali

**OGGETTO: RICHIESTA PROVVIDENE ECONOMICHE AI SENSI DELLA L.R. 15/1992,
AGGIORNATA CON L.R. 20/1997 E SS.MM.II**

NUOVA DOMANDA

RINNOVO PER ANNO 2025

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____/ e residente nel
Comune di _____
nella Via/Piazza _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____
Mail _____

CHIEDE

per sé medesimo

in qualità di _____ per:

(Genitore/Amministratore di sostegno/Tutore)

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

CF: _____, residente in questo Comune

nella via _____ n. _____

(indicare i dati della persona per la quale si presenta l'istanza, se diversa dal richiedente)

il riconoscimento delle provvidenze economiche ai sensi della **L.R. 15/1992, aggiornata con L.R. 20/1997** e
ss.mm.ii

A tale fine

DICHIARA

A. Ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

- Di essere in possesso (o che la persona per la quale si presenta l'istanza è in possesso) del requisito sanitario per l'accesso ai benefici di cui alla L.R. 20/1997;
- Di aver percepito (o che la persona per la quale si presenta l'istanza ha percepito) nell'anno **2024**, i seguenti redditi personali *(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):*

NATURA DEL REDDITO MENSILE INDIVIDUALE ANNO 2024	IMPORTO MENSILE	N. MESI	IMPORTO ANNUO
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro o pensione			
<input type="checkbox"/> Pensione reversibilità			
<input type="checkbox"/> Pensione di guerra o reversibilità di guerra			
<input type="checkbox"/> Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo			
<input type="checkbox"/> Pensione sociale o assegno sociale			
<input type="checkbox"/> Assegno di inclusione (ADI) / REIS			
<input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento ex coniuge			
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza (PER MINORI)			
<input type="checkbox"/> Legge n. 431/1998 contributi per gli affitti per anno 2024			
<input type="checkbox"/> L.R. 27/83 provv. in favore di talass., emofilici e emolinfopatici maligni			
<input type="checkbox"/> Legge Regionale 11/1985 Provvidenze in favore dei nefropatici			
<input type="checkbox"/> Legge Regionale 9/04 Provvidenze in favore dei soggetti affetti da neoplasie maligne			
<input type="checkbox"/> Legge n. 448/1998 Assegno di maternità e Nucleo Familiare			
<input type="checkbox"/> Contributi economici erogati a vario titolo			
<input type="checkbox"/> Altre entrate a qualsiasi titolo percepite			

- che la famiglia di appartenenza dell'avente diritto al beneficio, non supera il limite reddituale imponibile di € **42.513,74 (redditi 2024)**, che è pari ad un importo annuo di € _____, **(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MINORI, INTERDETTI, INABILITATI E AMMINISTRATI)**

B. Ai sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

- che l'avente diritto a causa della propria patologia non beneficia di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati;

C. Ai sensi dell'Art. 48 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445:

- Di essere consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità;
- Di essere informato che, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- **Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione avvenuta successivamente alla data della presente dichiarazione**

Ai fini dell'accredito si chiede che il sussidio sia erogato sul seguente conto bancario/postale

CODICE IBAN: _____

PRESSO BANCA/POSTA: _____

INTESTATO A: _____

Si allegano i seguenti documenti:

- copia certificazione sanitaria attestante la patologia di cui alla L.R. 15/1992, L.R. 20/1997 e ss.mm.ii;
- copia documento d'identità in corso di validità (sia del beneficiario che del richiedente se diverso)
- copia tessera sanitaria
- copia Decreto di nomina Tutore, Curatore o Amm.re di sostegno (*nei casi previsti*)
- copia Codice Iban
- altro _____

Maracalagonis, _____

Firma
