

Al Comune di Carbonia
Ufficio Servizi Sociali
Carbonia

Oggetto: Richiesta concessione contributo economico di natura straordinaria

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. _____) il _____ residente a Carbonia in Via/Piazza/Corso/Località
_____ n. _____ Circoscrizione _____
C.F. _____ tel. _____ / _____
e_mail _____@_____._____

CHIEDE

Di poter beneficiare del **contributo economico** a carattere straordinario così come previsto dall'art. 9 del Regolamento Comunale "Interventi di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito" approvato con D.C.C. n. 50 del 24/07/2014.

A tal fine allega:

- dichiarazione ISEE riferita all'ultimo anno disponibile;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione come da mod. C1 con allegata copia di documento d'identità in corso di validità
- altri eventuali documenti/certificati: _____.

Carbonia, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
 residente a Carbonia in Via/P.zza/C.so/Loc. _____ n. _____ Circ.. _____

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 e che **l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e delle disposizioni regolamentari in materia, provvederà ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese**

DICHIARA

COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI

1) Situazione familiare

che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti, come risulta dalla certificazione ISEE allegata (eventuali note _____)

che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minori e n. _____ figli di età compresa tra i 18 e i 25 anni;

che nel proprio nucleo familiare vi sono n. _____ soggetti diversamente abili, anziani, sofferenti mentali o soggetti affetti da varie forme di dipendenza, in carico ai servizi sociosanitari competenti

2) Situazione occupazionale

di essere disoccupato dal (mese/anno) _____
 ultima occupazione presso (ditta) _____

oppure

di essere occupato a tempo INDETERMINATO/DETERMINATO presso _____

che tutte le persone in età lavorativa presenti nel nucleo risultano essere disoccupate **oppure**

che _____ (indicare nominativo) risulta occupato a tempo
 INDETERMINATO/DETERMINATO presso (ditta) _____

3) Risorse economiche del nucleo familiare

che l'ISEE del proprio nucleo familiare, allegato alla presente, è inferiore o pari a € 4.500,00
oppure

che nonostante l'ISEE sia superiore € 4.500,00 si trova in una situazione di disagio socio-economico dovuta a (es. perdita dell'occupazione, decesso componente familiare titolare di reddito)

- che le attuali risorse economiche mensili del nucleo familiare ammontano a € _____,00 di cui:
- compensi da attività lavorativa € _____
 - assegno di mantenimento € _____ (coniuge) € _____ (figli)
 - pensione (specificare tipo e importo nella tabella seguente):

TIPO	EURO MENSILE
Pensione (vecchiaia, anzianità, reversibilità o similari)	
Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo	
Indennità di accompagnamento	
Assegno o pensione 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	
Altre entrate a qualsiasi titolo percepite (esempio: pensioni estere)	

- altro (specificare) _____ € _____

- che nessuno dei componenti il nucleo familiare gode di **misure a sostegno del reddito** (quali cassa integrazione, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione o similari)

- di avere **parenti tenuti agli alimenti** ai sensi dell'art. 433 e ss. SI NO

se si: che provvedono con le seguenti modalità: _____
 che non provvedono per i seguenti motivi: _____

che nessuno dei componenti il nucleo familiare beneficia di **altri interventi assistenziali** di natura economica erogati dall'Amministrazione Comunale o da altri Enti

oppure

che _____ (*indicare nominativo*) beneficia di altri interventi assistenziali di natura economica erogati dall'Amministrazione Comunale o da altri Enti (barrare la voce che interessa)

L.R. 20/97 (Sofferenti mentali) L.R. 11/85 (Nefropatici) L.R. 27/83 (Talassemici, etc...)

Altro _____

che il nucleo familiare possiede i seguenti **autoveicoli** e mezzi di trasporto (*specificare*):

Tipo _____ Targa o anno di immatricolazione _____

4) **Situazione alloggiativa**

- di **non possedere immobili diversi dall'abitazione di residenza** (se proprietari) e di trovarsi nella seguente **situazione alloggiativa**:

proprietario dell'abitazione di residenza (eventuale importo mensile mutuo € _____,00 di cui arretrati mesi n. _____)

assegnatario alloggio AREA (canone locazione mensile € _____,00 - condominio € _____,00) di cui arretrati mesi n. _____

alloggio privato in affitto (affitto mensile € _____,00 - condominio mensile € _____,00) di cui arretrati mesi n. _____ per il quale **BENEFICIA/NON BENEFICIA** del rimborso regionale previsto dalla L. 431/98

ospite a titolo gratuito presso _____

alloggio non adeguato dal punto di vista strutturale e/o igienico sanitario (certificato ASL competente)

