



Amministrazione destinataria

Comune di Algua

Ufficio destinatario

Tributi e Ragioneria

Domanda per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate nell'ambito della Valle Brembana

Il beneficiario

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Il Richiedente (se diverso dal beneficiario)

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			

CHIEDE

Secondo quanto disciplinato dal regolamento per l'accesso alle prestazioni sociali approvato con delibera di consiglio comunale e dal relativo tariffario, di accedere alla seguente prestazione sociale agevolata assicurata dal Comune:

- servizio assistenza domiciliare - SAD e SADH
- pasti a domicilio
- telesoccorso
- ADH (assistenza domiciliare handicap)
- SFA (servizio formazione autonomia) / STH (servizio territoriale handicap)
- CSE (centro socio educativo)
- contributo alle famiglie affidatarie da parte dei genitori (esercenti della patria potestà)
- integrazione rette servizi per residenziali socio educativi per minori
- integrazione rette per servizi semi-residenziali-CDD
- integrazione rette per servizi semi-residenziali-CDI
- centri diurni minori
- mensa scolastica
- trasporto scolastico
- PRR-servizio motivazionale
- contributo economico
- quota spese personali RSA/RSD
- integrazione rette servizi residenziali

- che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Grado di parentela (*)

Grado di parentela (*)

coniuge, convivente, dichiarante, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine

DICHIARA INOLTRE

che il valore ISEE sociosanitario/ordinario € è il seguente

Inserire importo

oppure, preso atto della normativa vigente riguardante la dichiarazione sostitutiva unica (certificazione ISEE)

- dichiara di non essere disponibile alla presentazione della propria dichiarazione ISEE
- chiede di accedere alla prestazione sociale senza usufruire di agevolazioni, assumendosi l'onere previsto dal Regolamento per le Prestazioni Sociali Agevolate corrispondente alla tariffa massima prevista

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o contenenti dati non rispondenti a verità ed in tal senso ammonito (Art. 76 DPR 28.12.2000, n. 445)

- di essere a conoscenza che, in caso di corresponsione del contributo, possono essere eseguiti controlli nei propri confronti, e dei componenti il proprio nucleo familiare, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite nella presente dichiarazione e nella dichiarazione della situazione economica, che si allega, contestualmente alla presente, alla domanda di contributo economico per la quale la presente dichiarazione è resa. Si è a conoscenza altresì che tali controlli possono anche essere effettuati presso istituti di credito o altri intermediari finanziari ai sensi dell'art.4, comma 2 del D.Lgs.109/98 e art. 6, comma 3, del DPCM 221/1999 e successive modificazioni
- di essere a conoscenza che i dati contenuti nella eventuale dichiarazione sostitutiva unica allegata alla domanda potranno essere trasmessi all'INPS per i controlli di competenza
- di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche della situazione economica e della composizione del nucleo familiare che comportino un cambiamento della propria posizione rispetto alle prestazioni agevolate richieste
- che non esistono obbligati per legge al mantenimento
- che gli obbligati per legge sono:

inserire i nominativi (divisi da un punto e virgola)

- che la spesa sostenuta o da sostenere per l'accesso alle prestazioni agevolate, è pari a €

Inserire l'importo

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Algua

Luogo

Data

Il dichiarante