

Scadenza 17/02/2025



COMUNE DI SENNORI

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. Modulo autocertificazione redditi Minori, Interdetti, Inabilitati e Amministrati. Rinnovo annualità 2025.

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 2025 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 composto da:

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

2. Che il reddito personale annuo, relativo all'anno 2024 del **minore** **interdetto** **inabilitato** **amministrato** :
 è determinato come segue:

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

Pensione Invalidità civile (per 13 mensilità, escluso l'assegno di accompagnamento)

Importo annuale € _____

Indennità di frequenza

Importo annuale € _____

Assegno sociale

Importo annuale € _____

Pensioni o indennità INAIL

Importo annuale € _____

Pensione per causa di guerra o servizio

Importo annuale € _____

Assegno di mantenimento ex coniuge

Importo annuale € _____

Altro (specificare tipologia di reddito)

Importo annuale € _____

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

Contributi economici comunali Sì No (il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

Progetto Includis Sì No Importo annuale € _____

Contributo regionale Fibromialgia Sì No Importo annuale € _____

Assegno di inclusione (ADI) Sì No Importo annuale € _____

Altri contributi da altri Enti Sì No Importo annuale € _____

(specificare tipologia _____)

4. Dichiaro inoltre che per l'anno **2024** 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)

ENTRO IL 30/06/2025 consegnare copia della nuova dichiarazione dei redditi del nucleo (Mod. 730/ Unico/ Certificazione Unica)

5. che il minore interdetto inabilitato amministrato

è in cura presso _____ Dott/Dott.ssa _____

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 informato, 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, _____

FIRMA

FIRMA

(In caso di minori è necessaria la firma di entrambi i genitori)

Allega alla presente:

MODULO "A": Certificato del medico specialista attestante il requisito sanitario e l'opportunità dell'intervento richiesto, relativo all'anno corrente;

fotocopia documento di identità del dichiarante,

informativa privacy;

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.