

# COMUNE DI PERFUGAS

*Provincia di Sassari*

*(Servizi Sociali)*

(Piazza Mannu,1 - 07034 Perfugas)

**Al Responsabile dei Servizi Sociali  
del Comune di Perfugas**

## **DOMANDA DI AMMISSIONE**

**AL PROGRAMMA REGIONALE**

**DI CONTRASTO ALLE POVERTA' - ANNUALITA' 2014-**

**INTERVENTO: CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ABBATTIMENTO DEI COSTI DEI SERVIZI ESSENZIALI**

\_\_l/1\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Perfugas in via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. casa \_\_\_\_\_, tel. cellulare \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

codice fiscale \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter accedere al Programma Regionale di contrasto alle povertà, intervento **“CONTRIBUTI PER L'ABBATTIMENTO DEI COSTI DEI SERVIZI ESSENZIALI”**, previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 28/7 del 17/07/2014, al fine della concessione di contributi economici per l'abbattimento dei costi riferiti ai servizi essenziali.

A tal fine e sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e con piena conoscenza che 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. 75 del medesimo DPR n. 445/2000 in merito alla decadenza dai benefici,

### **DICHIARA**

*(barrare le caselle che interessano)*

☐ di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

☐ di essere residente in Perfugas in via/Piazza \_\_\_\_\_

☐ di essere cittadino italiano;

☐ di essere cittadino dell'Unione Europea;

**O** di essere cittadino di paesi terzi titolare di carta di soggiorno di durata non inferiore a un anno;

**O** di essere cittadino di paesi terzi titolare di permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno;

**O** che il proprio nucleo familiare come risultante da scheda anagrafica comunale è così composto:

	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto di parentela</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**O** che nell'anno 2014 ha sostenuto i seguenti costi per i servizi essenziali elencati:

<b>SERVIZI ESSENZIALI ABITAZIONE DI RESIDENZA</b> (Per le voci interessate, allegare in originale le pezze giustificative di avvenuto pagamento (fatture, ricevute di pagamento))	<b>Importo complessivo della spesa annuale</b>
<b>Canone di locazione con contratto regolarmente registrato</b>	€ .....
<b>Energia elettrica</b>	€.....
<b>Smaltimento dei rifiuti solidi urbani</b>	€.....
<b>Riscaldamento</b>	€.....
<b>Gas di cucina</b>	€.....
<b>Consumo acqua potabile</b>	€.....
<b>Servizi e interventi educativi: nidi di infanzia, servizi primavera, servizi educativi in contesto domiciliare, per i quali non risulti che l'interessato sia già stato ammesso a usufruire di altri contributi pubblici</b>	€.....
<b>Spesa totale</b>	€ .....

**O** che l'ISEE del proprio nucleo familiare (Redditi 2014) in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_;

**O**di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio Servizi Sociali ogni variazione in merito alla mutata composizione della famiglia, delle condizioni di reddito e di patrimonio;

**O** di essere a conoscenza che qualora non si provveda ad informare formalmente il Servizio Sociale competente delle modificazioni intervenute nella situazione socio-economica, il richiedente decade immediatamente dal beneficio concessogli ed incorre nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi attualmente vigenti in materia;

**O** di essere a conoscenza che la presentazione di una domanda irregolare e/o incompleta (priva di sottoscrizione, priva della documentazione richiesta), comporta l'esclusione dal Programma;

**O** di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000 potrà disporre controlli, presso le istituzioni preposte, sulla veridicità delle dichiarazioni rese ed in caso di false dichiarazioni, l'interessato oltre ad incorrere nelle sanzioni previste dal citato DPR perderà automaticamente il diritto al beneficio concesso, fatta salva la possibilità per l'Amministrazione di richiedere il reintegro delle somme concesse;

**O** di essere a conoscenza che la presentazione della domanda oltre il termine previsto costituisce motivo di esclusione dal Programma;

**O** di essere a conoscenza che il sussidio economico previsto dal presente intervento non è cumulabile con il sussidio relativo all'intervento "*Sostegno economico e progetti personalizzati di aiuto*", né con il sussidio per lo svolgimento di "*Servizi di pubblica utilità*"

**O** che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare non ha presentato istanza per l'inserimento nei "*Servizi di pubblica utilità*" del "Programma Regionale di contrasto alla povertà annualità 2014";

**O** che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare non ha presentato istanza per beneficiare dell'intervento "*Sostegno economico e progetti personalizzati di aiuto*" del "Programma di contrasto alla povertà annualità 2014";

**O** di aver preso visione del Bando e dei criteri di accesso e di accettarne incondizionatamente quanto contenuto.

***Allega alla presente domanda la seguente documentazione (indicare con una crocetta la documentazione che si allega):***

**O** Attestazione ISEE (ORDINARIO) con relativa Dichiarazione sostitutiva unica, in corso di validità, riferita ai redditi anno 2014

**O** Attestazione ISEE CORRENTE in corso di validità

**O** copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità

**O** autocertificazione situazione familiare e sanitaria

**O** certificazione utile a comprovare lo stato di nucleo monogenitoriale (specificare quale tipo di certificato/i)

**O** per i cittadini stranieri extracomunitari: copia della carta di soggiorno o del permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato dall'autorità competente di durata non inferiore a un anno.

**O** documentazione utile a comprovare lo stato di invalidità civile del sottoscritto o di altro componente del nucleo familiare (specificare quale tipo di certificato/i)

**O** certificazione per valutazione della situazione di coloro che hanno un ISEE di importo superiore a € 4.500,00 ma non a € 5.500,00 annui.

*La /il dichiarante è informata/o che il trattamento dei dati personali forniti avviene nel rispetto di quanto sancito dall'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". In particolare i dati forniti saranno raccolti presso l'Amministrazione Comunale per le finalità di gestione del presente procedimento e saranno trattati anche in forma automatizzata.*

*Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini del buon esito del procedimento.*

*I dati forniti potranno essere comunicati unicamente alle Amministrazioni Pubbliche per fini istituzionali.*

**Perfugas**\_\_\_\_\_

---

**(Firma leggibile)**

**Autocertificazione relativa alla situazione familiare e sanitaria, da allegare alla domanda per l'intervento "Contributi per l'abbattimento dei costi dei servizi essenziali".**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a Perfugas in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

in relazione alla situazione familiare e sociale e 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 D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

**DICHIARA**

**Tipologia di nucleo familiare** (segnare con una crocetta sull'icona **O** interessata)

• Persona o nucleo familiare che si trovino in condizioni di povertà Transitoria che normalmente non si rivolgono al Comune per affrontare condizioni di deprivazione economica.	<b>O</b>
• Nucleo familiare monogenitoriale con figli minori a carico	<b>O</b>
• Nucleo familiare non monogenitoriale con figli minori a carico	<b>O</b>
• Persone che vivono sole di età superiore ai 50 anni	<b>O</b>
• Persone che vivono sole di età fino ai 50 anni	<b>O</b>

**Problemi sanitari rilevanti del richiedente o dei componenti il nucleo familiare**

• Invalidità civile totale del richiedente o dei componenti il nucleo familiare	<b>O</b>
• Invalidità civile dal 74 al 99%	<b>O</b>
• Invalidità civile inferiore al 74%	<b>O</b>

Perfugas \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_