

Scadenza 08/03/2024



COMUNE DI PERFUGAS
Provincia di Sassari
Settore Socio-Assistenziale e Culturale

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile del Servizio Sociale
Comune di Perfugas
Piazza Mannu, 1
Perfugas

OGGETTO: L.R. 20/97 – Richiesta provvidenze economiche a favore di persone affette da patologie psichiatriche. Modulo autocertificazione redditi Adulti. Rinnovo annualità 2024.

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____ (_____) Il _____ / _____ / _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____ (Prov.) _____
in via/p.zza _____ n _____ Telefono _____
mail/pec: _____

Ai fini della concessione per l'anno 2024 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)

Di aver percepito, nell'anno 2023 i seguenti emolumenti:

(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/regionali.

☐ Sì

☐ No

(il calcolo sarà effettuato dagli uffici)

☐ Reddito/Pensione di cittadinanza

☐ Sì

☐ No

Importo annuale € _____

☐ Altri contributi da altri Enti

Importo annuale € _____

(specificare tipologia _____)

Dichiara inoltre:

1. Di essere in cura presso _____ Dott./Dott.ssa _____

2. che a causa della propria patologia, non beneficia di altre forme di assistenza economica erogata dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti Pubblici o privati;

3. 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.

4. di essere a conoscenza che i servizi sociali comunali potranno effettuare verifiche sulla veridicità dei dati dichiarati mediante consultazione dei benefici richiesti.

5. di essere informata, 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.

PERFUGAS, _____

IL DICHIARANTE

**** 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.**

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- **MODULO "A" : Certificato del medico specialista attestante il requisito sanitario e l'opportunità dell'intervento richiesto;**
- **Copia del documento d'identità del dichiarante;**
- **Informativa privacy firmata;**
- **Certificato pensioni Inps anno 2023 (Modulo Obis M);**
- **Isee 2024;**
- **Altro (specificare)_____**