



COMUNE DI SESTU

Città Metropolitana di Cagliari

SETTORE AFFARI GENERALI, ORGANI ISTITUZIONALI, APPALTI E CONTRATTI, POLITICHE SOCIALI

Via Scipione, 1 – Sestu

Tel. 070 2360480 – 226 - 223 - PEC: protocollo.sestu@pec.it

RICHIESTA DI INTERVENTO AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA L.R. 30 MAGGIO 1997, N.20, COME MODIFICATA DALL'ART. 33 L.R. 29 MAGGIO 2007 N.2

AL SINDACO
COMUNE DI
SESTU (CA)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

residente a _____, in via _____ n. _____

Cellulare _____ (obbligatorio)

e-mail o PEC _____ @ _____

CHIEDE

L'attuazione dell'intervento ai sensi dell'art. 10 della L.R. 30 maggio 1997 n.20 come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007 n.2

- Per se stesso/a

OPPURE IN QUALITA' DI:

- Esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del minore

nato/a a _____ il _____ e residente a Sestu in
via/loc. _____;

- Tutore/ Amministratore di Sostegno del/la signor/ra

Nato/a a _____ il _____ e residente a Sestu
in via/Loc. _____

Sestu, li _____

Firma leggibile

PARTE RISERVATA ALLA ASL

ASL

UNITA' OPERATIVA _____

Si attesta che il/la Signor/a _____ è in carico a questa Unità
Operativa per infermità compresa nell'Allegato A della L.R. 15/1992, come integrato dall'art. 16 della
L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del
soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Unità Operativa (Firma e timbro)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

in qualità di:

BENEFICIARIO

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

TUTORE

GENITORE

DICHIARA:

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiera e falsità negli atti, richiamate dall'articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità, che:

- il beneficiario dell'intervento è _____ (*indicare Cognome e Nome*), nato a _____ il _____, residente a SESTU in Via/Loc. _____ n. _____

- il nucleo familiare di appartenenza è il seguente:

Cognome	Nome	Grado di parentela

- il **reddito annuo imponibile del nucleo familiare**, percepito nell'anno 2023, è pari a € _____;
(da compilare SOLO per i minori, i beneficiari dell'amministrazione di sostegno, gli inabili e gli interdetti)

- il **beneficiario** dell'intervento:

- non beneficia di altre forme di assistenza economica, erogate dallo Stato, dalla Regione o da altri Enti pubblici o privati, a causa della propria infermità mentale;
- ha percepito nell'anno 2023 il seguente **reddito annuo netto** € _____;
- ha percepito, nell'anno 2023, il seguente **reddito individuale mensile**, composto da tutte le entrate, comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali (escluso l'indennità di accompagnamento) e i trattamenti pensionistici nonché gli importi riconosciuti nell'ambito delle prestazioni integrative al reddito:

<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza/ invalidità civile	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Pensione INPS	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Pensione o indennità INAIL	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Assegno Sociale	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente/autonomo	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Contributi per interventi socio- lavorativi di cui all'art. 6 co 17 della L.R. 5/2016	€ _____ mensile
<input type="checkbox"/> Contributi erogati da altro Ente Regionale/ Statale: (specificare – es. RDC – REIS)	

_____	€ _____ mensile
_____	€ _____ mensile
□ Altri contributi comunali: (specificare) _____	€ _____ mensile
_____	€ _____ mensile
□ Altre entrate: (specificare) _____	€ _____ mensile
_____	€ _____ mensile

DICHIARA inoltre

- **Di impegnarsi a comunicare tempestivamente i periodi in cui, durante l'anno in corso, il soggetto beneficiario usufruisce di servizi residenziali i cui oneri siano a carico del servizio sanitario regionale o di altro soggetto pubblico;**
- Di essere a conoscenza che, nel caso in cui all'atto della presentazione della domanda il dato relativo al reddito non sia ancora disponibile, la liquidazione del beneficio è subordinata alla presentazione della dichiarazione della situazione economica, e contestualmente si impegna a produrla non appena disponibile;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante i dati dichiarati con il presente modulo;
- Di aver preso visione **dell'informativa privacy** riportata in allegato alla presente domanda, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDPR) relativa all'intervento in oggetto;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;
- Di essere a conoscenza che i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati ai soli fini necessari per l'espletamento delle procedure per la concessione del sostegno economico e di acconsentire al trattamento dei dati, anche sensibili;

Il/La sottoscritto/a _____ chiede che l'eventuale contributo assegnato venga accreditato sul **C/C bancario o postale** oppure **carta prepagata** intestato a _____ con il seguente codice IBAN: _____

I	T	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
---	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

*il conto corrente sul quale effettuare accrediti deve necessariamente essere intestato o cointestato al beneficiario del sussidio. Può essere intestato al tutore legale o al titolare della responsabilità genitoriale per i beneficiari minorenni. Non è possibile effettuare accrediti su libretti postali o bancari. Per facilitare la liquidazione delle somme spettanti si chiede di allegare cortesemente copia dell'iban sopra riportato.

A tal fine allega alla domanda la seguente documentazione OBBLIGATORIA:

- 1) Copia del documento di identità del richiedente e/o del beneficiario in corso di validità;
- 2) Copia del Decreto di nomina di amministratore di sostegno/ tutore rilasciato dall'Autorità Giudiziaria;

_____, lì _____

firma del dichiarante)