

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**OGGETTO: Richiesta fruizione trasporto AST gratuito per anziani.**

---

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a Partinico in Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

essendo in possesso dei requisiti previsti dalle Leggi Regionali 6 Maggio 1981 n° 87 e 25  
Marzo 1986 n° 14.

**CHIEDE**

Di essere ammess \_\_\_\_\_ a fruire del trasporto gratuito AST.

Allega :

- 1) Mod. ISEE;
- 2) Stato di famiglia o Autocertificazione
- 3) 1 fotografia.
- 4) Copia documento di riconoscimento
- 5) Copia codice fiscale

Partinico li.....

FIRMA

---

## DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

Art.2 della legge 4 gennaio 1968, n°15, modificato dall'art. 3, legge 15 maggio 1997, n. 127, legge 16 giugno 1998, n. 191 e art. 1 D.P.R. 20/10/98 N. 403 e del D.L. 21 marzo 1998 n. 109.

**(NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE)**

...I... sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ con residenza anagrafica nel

Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Consapevole della propria responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 (le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi in materia. Ai sensi dell'art. 11 del DPR n. 403 del 20.10.98, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera)

### DICHIARA

Che la famiglia anagrafica convivente nell'anno è così composta :

N.	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
					Dichiarante

Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

**Richiesta assistenza economica per le famiglie dei detenuti**

\_\_ / \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a Partinico in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_

tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

componente del nucleo familiare in quanto <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ nat \_ /a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ detenuto dal \_\_\_\_\_

a causa della detenzione del proprio congiunto, che contribuiva alla formazione del reddito familiare, versa in condizione di indigenza poiché disoccupato e privo di redditi, di varia natura e provenienza, sufficienti al proprio sostentamento,

**CHIEDE**

di essere ammesso ad usufruire delle seguenti prestazioni assistenziali per far fronte alle esigenze più urgenti della propria famiglia:

- Assistenza economica
- Assistenza abitativa
- Contributo spese di viaggio per far visita al congiunto detenuto.

Allega alla presente:

- 1) Certificato di detenzione o autocertificazione scarcerazione;
- 2) Mod. ISEE;
- 3) Fotocopia documento di riconoscimento;
- 4) Dichiarazione sulle condizioni economiche e socio – ambientali del nucleo familiare;
- 5) Fotocopia Codice Fiscale.

Si dichiara, infine, di essere a conoscenza che i dati sulla condizione economica, patrimoniale e sui redditi effettivi di tutti i componenti il nucleo familiare verranno inviati alla Guardia di Finanza per le verifiche di competenza.

Partinico li.....

FIRMA

**SOTTOSCRIZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DICHIARANTE**

Io sottoscritt..... consapevole delle responsabilità penali che si assume (art. 489 del codice penale), ai sensi dell'art. 76 del DP R n. 445/2000, per false dichiarazioni, dichiara di avere compilato personalmente, o con l'aiuto di altri, le diverse parti del presente documento e che quanto dichiarato in

<sup>1</sup> Congiunto convivente nella medesima abitazione del dichiarante.

esse è tutto vero e può essere controllato, ai sensi degli artt 43, 71, del DPR n. 445. E', inoltre, consapevole delle responsabilità penali che si assume e della rilevanza penale di eventuali omissioni, o incomplete e non tempestive comunicazioni. Si impegna a comunicare, entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e ogni altro elemento di conoscenza sottoscritto nella presente dichiarazione. Il Comune di Partinico e altri Enti pubblici controlleranno le dichiarazioni rese e se anche una soltanto delle informazioni o dei dati dichiarati risulteranno falsi, il Comune presenterà immediatamente denuncia penale alla Magistratura, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000. Il nucleo familiare del dichiarante decadrà dai contributi concessi e dovrà restituirli per intero al Comune con l'aggiunta di eventuali spese. Dichiaro, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa, come descritto nella richiesta di contributo.  
Letto, confermato, sottoscritto

Partinico, .....

IL DICHIARANTE

---

Per il controllo  
Nome dell'operatore

---

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**OGGETTO: Richiesta sussidio rimborso parziale spese funebri.**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Partinico in Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ trovandosi in  
condizioni economiche disagiate, in quanto \_\_\_\_\_

e considerato che anche gli altri componenti la famiglia originaria non godono di redditi  
sufficienti

**CHIEDE**

l'erogazione di un sussidio di rimborso parziale di spese funebri sostenute per dar luogo  
alla tumulazione del proprio familiare ( grado di parentela \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_,  
n° \_\_\_\_\_, il cui decesso è avvenuto il \_\_\_\_\_ a Partinico.

Allega alla presente:

1. Scheda sulle condizioni socio – ambientali del nucleo familiare;
2. autocertificazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia storico;
3. Modello ISEE di tutti i componenti la famiglia originaria;
4. Autocertificazione o certificato di morte;
5. copia fattura spese funebri;
6. Fot. Documento di identità.
7. Fot. Codice Fiscale.

Partinico, li .....

FIRMA

**SOTTOSCRIZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DICHIARANTE**

Io sottoscritt..... consapevole delle responsabilità penali che  
si assume (art. 489 del codice penale), ai sensi dell'art. 76 del DP R n. 445/2000, per false dichiarazioni, dichiara di  
avere compilato personalmente, o con l'aiuto di altri, le diverse parti del presente documento e che quanto dichiarato in  
esse è tutto vero e può essere controllato, ai sensi degli artt. 43, 71, del DPR n. 445. E', inoltre, consapevole delle

responsabilità penali che si assume e della rilevanza penale di eventuali omissioni, o incomplete e non tempestive comunicazioni. Si impegna a comunicare, entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e ogni altro elemento di conoscenza sottoscritto nella presente dichiarazione. Il Comune di Partinico e altri Enti pubblici controlleranno le dichiarazioni rese e se anche una soltanto delle informazioni o dei dati dichiarati risulteranno falsi, il Comune presenterà immediatamente denuncia penale alla Magistratura, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000. Il nucleo familiare del dichiarante decadrà dai contributi concessi e dovrà restituirli per intero al Comune con l'aggiunta di eventuali spese. Dichiaro, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa, come descritto nella richiesta di contributo.  
Letto, confermato, sottoscritto

Partinico , .....

IL DICHIARANTE

Per il controllo  
Nome dell'operatore

Allegato al D.P.le n. \_\_\_\_ del 07/07/2005

### Schema di domanda

Richiesta Bonus socio-sanitario ai sensi art. 10 della legge regionale n. 10 del 31.07.2003

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art.47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune  
di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

### Dichiaro

- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela \_\_\_\_\_, anziano/disabile grave in condizioni di totale/parziale non autosufficiente cui vengono assicurate prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale in relazione alle condizioni vissute di non autonomia, anche di natura sanitaria, con impegno ed oneri a totale carico della famiglia.
- Che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal D.L.vo n. 109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art. 1 D.P.C.M. 4.4.2001, n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. ad € \_\_\_\_\_.  
Con impegno a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia anche in attuazione del programma personalizzato definito dall'A.C. e dal Servizio Sanitario (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. n. \_\_\_\_\_ del 4 novembre 2002.

### CHIEDE

La concessione del Buono socio-sanitario nella forma di:

- **Buono sociale** : a sostegno del reddito familiare con impiego della rete familiare e/o di solidarietà, anche con acquisto di prestazioni a supporto dell'impegno familiare da soggetti con rapporti consolidati di fiducia;

ovvero

- **Buono di servizio** : per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi non profit accreditati presso l'Amministrazione comunale.

Si attesta che il familiare non autosufficiente fruisce / non fruisce di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980).

Si comunica che il Dott. \_\_\_\_\_ del Servizio di Medicina Generale dell'AUSL n. \_\_\_\_ è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

#### Composizione nucleo familiare

	Cognome e Nome	rapporto familiare	nato		convivente	
			a	il	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

#### Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria sulla condizione di non autosufficienza del familiare assistito.
- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF - INPS - Comuni etc.)
- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente e dell'assistito in corso di validità
- IBAN

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattenimento, la informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del buono socio-sanitario ai sensi del DPRS del 07/07/2005;
- è realizzato da personale della AUSL e dei Comuni anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Partinico, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Riservato al Comune**

Data di presentazione \_\_\_\_\_ Protocollo n° \_\_\_\_\_

**Nota Bene**

**Le domande presentate oltre il 30 Aprile 2016  
o incomplete della documentazione richiesta non possono essere valutate.**

## REDDITO DI INCLUSIONE

### CHE COS'È E COME FUNZIONA

Il Reddito di Inclusione (Rel) è una misura nazionale di contrasto alla povertà. Il Rel si compone di due parti:

1. un beneficio economico, erogato mensilmente attraverso una Carta di pagamento elettronica (Carta Rel)
2. un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà.

Il beneficio è concesso per un periodo massimo di 18 mesi, trascorsi i quali non può essere rinnovato se non sono trascorsi almeno 6 mesi. Si precisa che dalla predetta durata massima del Rel devono essere, comunque, sottratte le mensilità di Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA), eventualmente già erogate al nucleo familiare.

Il progetto viene predisposto con la regia dei servizi sociali del Comune, che operano in rete con gli altri servizi territoriali (es. centri per l'impiego, ASL, scuole, etc.), nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà, con particolare riferimento agli enti no profit. Il progetto coinvolge tutti i componenti del nucleo familiare e prevede l'identificazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei sostegni di cui il nucleo necessita, degli impegni da parte dei componenti il nucleo a svolgere specifiche attività (es. attivazione lavorativa, frequenza scolastica, tutela della salute, etc.). Il progetto è definito sulla base di una valutazione globale delle problematiche e dei bisogni da parte dei servizi, insieme al nucleo.

Il Rel nel 2018 sarà erogato ai nuclei familiari in possesso dei seguenti requisiti:

✓ **requisiti familiari**

presenza di una delle seguenti condizioni: un componente di minore età; una persona con disabilità e almeno un suo genitore o tutore; una donna in stato di gravidanza; un componente che abbia compiuto 55 anni con specifici requisiti di disoccupazione;

✓ **requisiti economici**

il nucleo familiare deve essere in possesso congiuntamente di:

- un valore ISEE in corso di validità non superiore a **6 mila euro**
- un valore ISRE ai fini Rel (l'indicatore reddituale dell'ISEE diviso la scala di equivalenza, al netto delle maggiorazioni) non superiore a **3 mila euro**
- un valore del patrimonio immobiliare, diverso dalla casa di abitazione, non superiore a **20 mila euro**
- un valore del patrimonio mobiliare (depositi, conti correnti, etc.) non superiore a **10 mila euro** (ridotto a **8 mila euro** per due persone e a **6 mila euro** per la persona sola).

Per accedere al Rel è, inoltre, necessario che ciascun componente il nucleo:

- ✓ non percepisca già prestazioni di assicurazione sociale per l'impiego (NASpl) o altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria
- ✓ non possieda autoveicoli e/o motoveicoli immatricolati la prima volta nei 24 mesi antecedenti la richiesta (sono esclusi gli autoveicoli e i motoveicoli per cui è prevista una agevolazione fiscale in favore delle persone con disabilità)
- ✓ non possieda imbarcazioni da diporto.

Il soddisfacimento dei requisiti non dà necessariamente diritto al beneficio economico, la cui effettiva erogazione dipende anche dall'eventuale fruizione di altri trattamenti assistenziali (esclusi comunque quelli non sottoposti ad una valutazione della condizione economica, come ad esempio l'indennità di accompagnamento) e dalla condizione reddituale rappresentata dall'indicatore della situazione reddituale (ISR), al netto dei trattamenti assistenziali in esso considerati. Si ricorda che, in via generale, l'indicatore della situazione reddituale (ISR) viene calcolato sottraendo ai redditi le spese per l'affitto (fino ad un massimo di 7 mila euro, incrementato di 500 euro per ogni figlio convivente successivo al secondo) e il 20% del reddito da lavoro dipendente (fino ad un massimo di 3 mila euro). L'ammontare del beneficio economico viene, quindi, determinato integrando fino ad una data soglia le risorse a disposizione delle famiglie. Per determinarne l'ammontare, bisogna, pertanto, sottrarre dalla soglia i trattamenti che si percepiscono e l'ISR come sopra specificato.

La soglia è pari a 3 mila euro, ma in sede di prima applicazione viene coperta solo al 75%. Pertanto, inizialmente, la soglia con cui confrontare le risorse economiche del nucleo familiare è pari per un singolo a 2.250 euro (il 75% di 3 mila euro) e cresce in ragione della numerosità familiare (viene infatti riparametrata per mezzo della scala di equivalenza dell'ISEE), come indicato nella tabella seguente (il massimo è fissato dall'ammontare annuo dell'assegno sociale mensilizzato).

Numero componenti	Soglia di riferimento in sede di prima applicazione	Beneficio massimo mensile
1	€ 2.250,00	€ 187,50
2	€ 3.532,50	€ 294,38
3	€ 4.590,00	€ 382,50
4	€ 5.535,00	€ 461,25
5 o più	€ 5.824,80	€ 485,40

**Nota bene:** il beneficio viene riconosciuto nella misura massima ai soli nuclei familiari privi di trattamenti assistenziali e con ISR nullo, mentre per i restanti nuclei integra le risorse economiche del nucleo familiare fino alla soglia, come sopra specificato.

Si precisa che la valutazione delle condizioni economiche del nucleo familiare deve essere aggiornata se uno o più membri del nucleo familiare dovessero svolgere attività lavorativa non presente per l'intera annualità nella dichiarazione ISEE in corso di validità utilizzata per l'accesso al Rel (ad es. attività lavorativa avviata l'anno precedente a quello in cui si fa richiesta del Rel). A tal fine, nella situazione sopra descritta dovrà essere compilata la sezione Rel - Com della presente domanda.

In caso di variazione della situazione lavorativa nel corso dell'erogazione del Rel, riguardante uno o più componenti del nucleo familiare, dovrà essere compilato il modello Rel - Com, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, pena decadenza dal beneficio.

Il modello Rel - Com deve essere compilato anche in caso di svolgimento di attività lavorativa dichiarata in sede di presentazione della domanda di Rel, che si protragga nel corso dell'anno solare successivo. In tale ipotesi, il modello va compilato entro il mese di gennaio.

Si ricorda che per fruire del beneficio economico del Rel occorre essere sempre in possesso di una attestazione ISEE in corso di validità. Quindi, coloro che presentano la domanda di Rel, a far data dal 1° gennaio 2018 (in erogazione a decorrere da febbraio), devono essere in possesso, all'atto della presentazione della domanda, dell'attestazione ISEE 2018. Coloro che presentano la domanda di Rel nel mese di dicembre 2017 devono aggiornare la DSU per ISEE 2018 entro il termine del mese di marzo 2018, al fine di evitare la sospensione del beneficio. In caso di dichiarazione ISEE con omissioni o difformità, l'INPS si avvarrà della facoltà di richiedere i documenti giustificativi delle predette omissioni o difformità, da presentare entro 30 giorni dalla richiesta, pena reiezione della domanda o decadenza dal beneficio.

Coloro che sono percettori di SIA e non ne hanno goduto per l'intera durata (12 mesi) possono presentare domanda di Rel. Tale domanda vale come richiesta di trasformazione del SIA in Rel (è fatto salvo il beneficio economico maggiore).

Per approfondimenti: [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it); [www.inps.it](http://www.inps.it).

# DOMANDA DI REDDITO DI INCLUSIONE

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

lo richiedente, consapevole che:

- i requisiti devono essere mantenuti per l'intera durata del beneficio (ove non diversamente specificato), pena la cessazione dello stesso
- in caso di esito positivo delle verifiche sul possesso dei requisiti, entro 25 giorni dalla richiesta, è programmata l'analisi preliminare del nucleo beneficiario, presso le strutture individuate dal Comune di residenza. Presso le stesse si svolgeranno uno o più colloqui per la valutazione dei bisogni, delle risorse e dei fattori di vulnerabilità, necessaria alla definizione del progetto personalizzato
- il beneficio non verrà erogato ovvero potrà essere sospeso in assenza di sottoscrizione del progetto personalizzato
- i componenti il nucleo familiare devono attenersi ai comportamenti previsti nel progetto pena la decurtazione del beneficio o la cessazione dello stesso.

DICHIARO QUANTO SEGUE

## QUADRO A

### DATI DEL RICHIEDENTE/ TITOLARE DELLA CARTA DI PAGAMENTO

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)

Nome

Codice Fiscale (\*)

(\*) Le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate

Data di nascita

Sesso (M o F)

Stato di cittadinanza

Comune di nascita

Provincia nascita

Stato di nascita

Indirizzo di residenza

Comune di residenza

Prov.

CAP

Documento di riconoscimento:

Tipo

Numero

Rilasciato da:

Ente

Località

Data (gg/mm/aaaa)

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza)

Indirizzo

Comune

Prov.

CAP

### ULTERIORI DATI PER LE COMUNICAZIONI AI CITTADINI (non obbligatori)

Recapito telefonico (\*)

Indirizzo e-mail

(\*) eventuali comunicazioni verranno inviate al numero indicato (nel caso in cui venga inserito un numero di cellulare verrà inviato un SMS ad ogni accredito mensile, il servizio è gratuito)

**QUADRO B****REQUISITI DI  
RESIDENZA E  
CITTADINANZA****RESIDENZA**

- Residente continuativamente in Italia da almeno 2 anni al momento di presentazione della domanda  
(la residenza in Italia è inoltre richiesta per l'intera durata del beneficio)

**CITTADINANZA (selezionare una delle voci sottoindicate)**

- Cittadino italiano  
 Cittadino comunitario  
 Familiare di cittadino italiano o comunitario, non avente la cittadinanza di uno Stato membro che sia titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente  
 indicare gli estremi del documento:

numero del permesso \_\_\_\_\_ data di rilascio (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

eventuale data di scadenza (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Questura che ha rilasciato il permesso

\_\_\_\_\_

- Cittadino straniero in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, o apolide in possesso di analogo permesso  
 indicare gli estremi del documento:

numero del permesso \_\_\_\_\_ data di rilascio (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Questura che ha rilasciato il permesso

\_\_\_\_\_

- Titolare di protezione internazionale (asilo politico, protezione sussidiaria)

**QUADRO C****REQUISITI  
FAMILIARI**

(Riferiti al nucleo familiare come definito ai fini ISEE e risultante dalla DSU)

- Dichiaro che all'atto della presente domanda il nucleo familiare non è variato rispetto alla attestazione ISEE in vigore.

Dichiaro che nel predetto nucleo familiare, già dichiarato ai fini ISEE, al momento della presentazione della domanda, è presente una o più delle seguenti situazioni:

(barrare una o più caselle)

- un componente di età inferiore ad anni 18  
 una persona con disabilità e almeno un suo genitore o un suo tutore  
 una donna in stato di gravidanza accertata con data presunta del parto (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_, come da documentazione medica attestante lo stato di gravidanza rilasciata da una struttura pubblica (nel caso sia il solo requisito posseduto, la domanda può essere presentata non prima di quattro mesi dalla data presunta del parto)  
 almeno un lavoratore di età pari o superiore a 55 anni, che si trovi in stato di disoccupazione per licenziamento, anche collettivo, dimissioni per giusta causa o risoluzione consensuale intervenuta nell'ambito della procedura di cui all'articolo 7 della legge 15 luglio 1966, n. 604, ed abbia cessato, da almeno tre mesi, di beneficiare dell'intera prestazione per la disoccupazione, ovvero, nel caso in cui non abbia diritto di conseguire alcuna prestazione di disoccupazione per mancanza dei necessari requisiti, si trovi in stato di disoccupazione da almeno tre mesi.

**Nota bene:** si considerano in stato di disoccupazione anche i lavoratori il cui reddito da lavoro dipendente o autonomo corrisponde ad una imposta lorda pari o inferiore alle detrazioni spettanti ai sensi dell'articolo 13 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.



**QUADRO F****CONDIZIONI  
NECESSARIE  
PER GODERE  
DEL BENEFICIO**

Io richiedente prendo atto che:

- in caso, di variazione nella composizione del nucleo familiare, rispetto a quanto dichiarato a fini ISEE, i nuclei familiari sono tenuti a presentare entro due mesi dall'evento una dichiarazione ISEE aggiornata. Fatta salva l'ipotesi di nascita o decesso di un componente del nucleo, affinché il nucleo modificato o ciascun nucleo formatosi a seguito della variazione possano continuare a beneficiare della prestazione, è necessario presentare una nuova domanda di Rel. Tale domanda può essere presentata senza la necessità di un intervallo temporale minimo. In tale caso la durata residua del beneficio si applica al nucleo modificato ovvero a ciascun nucleo formatosi a seguito della variazione
- in corso di erogazione del beneficio i requisiti economici relativi alla soglia ISEE e ISRE a fini Rel saranno verificati sulla base dell'ISEE in corso di validità, aggiornato sulla base delle informazioni relative alle variazioni della situazione lavorativa
- tutti i componenti il nucleo familiare beneficiario del REI devono attenersi ai comportamenti previsti nel progetto personalizzato; sono previste sanzioni in caso di mancato rispetto degli obblighi previsti dal progetto, ivi compresi quelli relativi alla partecipazione alle iniziative di politiche attive del lavoro, anche da parte di un singolo componente il nucleo familiare. Tali sanzioni, a seconda della gravità della violazione, possono portare alla decurtazione, alla sospensione e alla decadenza del beneficio. In caso di decadenza, il Rel potrà essere richiesto solo decorsi sei mesi dalla stessa
- nel caso in cui non siano mantenuti tutti i requisiti per tutta la durata dell'erogazione, si decade dal beneficio.

Dichiaro di aver preso atto di quanto riportato nel presente Quadro F

**QUADRO G**

Dichiaro di aver preso atto che in caso di fruizione di altri trattamenti assistenziali da parte di componenti il nucleo familiare, il valore mensile del Rel è ridotto del valore mensile dei medesimi trattamenti, esclusi quelli non sottoposti alla valutazione della condizione economica.

**QUADRO H****SOTTOSCRIZIONE  
DICHIARAZIONE**

Io richiedente, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato D.P.R., ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che:

- sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del D.P.R. n. 445 del 2000
- la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere
- in caso di esaurimento delle risorse disponibili per l'anno di riferimento, è ristabilita con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la compatibilità finanziaria mediante rimodulazione dell'ammontare del beneficio
- ove richiesto, dovrò compilare l'apposito questionario distribuito dal Comune di residenza all'avvio e al termine della sperimentazione, in riferimento al quale vi è l'obbligo di risposta ad eccezione delle domande riferite a dati sensibili e giudiziari
- nel caso in cui il nucleo abbia percepito il beneficio economico del Rel in misura maggiore rispetto a quanto gli sarebbe spettato, per effetto di dichiarazione mendace in sede di DSU, fermo restando il recupero di quanto versato in eccesso, si applicano - in relazione alla misura dell'incremento indebito - le sanzioni della decurtazione (per una o due mensilità) e della decadenza del beneficio; in caso di decadenza, il Rel potrà essere richiesto solo decorsi sei mesi dalla stessa
- nel caso in cui il beneficio del Rel sia stato fruito illegittimamente per effetto di dichiarazione mendace in sede di DSU, in assenza della quale il nucleo non sarebbe risultato beneficiario, ferma restando la restituzione dell'indebito e la decadenza dal beneficio, la sanzione di cui all'articolo 38, comma 3, del decreto-legge n. 78 del 2010, si applica, in relazione alla misura dell'indebita percezione, in misura variabile fino a 3.000 euro; il Rel potrà essere nuovamente richiesto solo decorso un anno dalla decadenza
- in caso di mancata comunicazione nei tempi previsti di eventuali variazioni nella composizione del nucleo familiare rispetto a quanto dichiarato ai fini ISEE, si applicano le sanzioni di cui ai punti precedenti.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(gg/mm/aaaa)

### Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 d.lgs. n. 196/2003)

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed il Comune di residenza, in qualità di titolari del trattamento dei dati personali, informano che i dati conferiti, anche con autocertificazione, sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini dell'erogazione del Reddito di Inclusione (ReI), che altrimenti non potrebbe essere attribuito.

I dati verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, con modalità anche informatizzate o telematiche a ciò strettamente funzionali, da parte, oltre che del titolare del trattamento, dell'INPS e del Gestore del servizio espressamente individuato, da altre Amministrazioni centrali, regionali o locali, designati responsabili del trattamento dei dati personali nonché degli incaricati del trattamento.

I diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003 (accesso, aggiornamento, cancellazione, trasformazione, ecc.), potranno essere esercitati rivolgendosi all'INPS – Istituto Nazionale Previdenza Sociale, Via Ciriaco De Mita 21, Roma (numero telefonico gratuito 803164 oppure il numero 06 164164 da telefono cellulare, con tariffazione stabilita dal proprio gestore).

### Informativa

1. In sede di avvio del ReI, per l'anno 2018, il versamento del beneficio economico viene disposto anche in assenza della comunicazione dell'avvenuta sottoscrizione del progetto personalizzato. Nei casi in cui il Comune di residenza non invii la comunicazione dell'avvenuta sottoscrizione, decorsi sei mesi dal mese di prima erogazione del beneficio, l'INPS provvederà a sospendere i successivi accrediti per i soggetti interessati al progetto.
2. La comunicazione per il ritiro della Carta elettronica di pagamento "Carta REI" sarà inviata ai beneficiari da Poste Italiane a seguito della verifica dei requisiti e dopo che l'INPS avrà dato disposizioni di accredito. Con la Carta si possono effettuare acquisti in tutti i supermercati, negozi alimentari, farmacie e parafarmacie abilitati al circuito Mastercard. La Carta può anche essere utilizzata presso gli uffici postali per pagare le bollette elettriche e del gas e dà diritto a sconti nei negozi convenzionati. La carta può essere utilizzata per effettuare prelievi di contante entro un limite mensile pari a 240 euro, al costo del servizio. Completamente gratuita, funziona come una normale carta di pagamento elettronica con la differenza che le spese, anziché essere addebitate al titolare della Carta, sono saldate direttamente dallo Stato.



**BONUS SOCIALE PER DISAGIO ECONOMICO PER LE FORNITURE  
DI ENERGIA ELETTRICA E/O GAS NATURALE**  
Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto-legge n. 185/08, art. 3, comma 9 e 9 bis,  
decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.  
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

**FORNITURA GAS NATURALE- il gas è utilizzato prevalentemente per:**

Acqua calda/cottura cibi

Riscaldamento

**Fornitura individuale**

Codice PDR

Comune di fornitura \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ (se diverso dal campo 2)

**5** Se la fornitura è intestata a soggetto diverso dal richiedente compilare anche il campo 7 e indicare

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CF

**Fornitura centralizzata**

Codice PDR

**6** Comune di fornitura \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ (se diverso dal campo 2)

Intestatario della fornitura condominiale \_\_\_\_\_

Codice fiscale o Partita IVA \_\_\_\_\_

**NEL CASO DI FORNITURA MISTA (INDIVIDUALE + CENTRALIZZATA) COMPILARE  
SIA IL CAMPO 5 CHE IL CAMPO 6**

**DELEGA AL RICHIEDENTE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA PER  
LA FORNITURA CHE NON RISULTA INTESTATA AL RICHIEDENTE MEDESIMO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Documento di identità n \_\_\_\_\_

**7** Titolare della fornitura di cui al precedente Campo \_\_\_\_\_

delega il sig/ra \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di Richiedente alla presentazione di questa domanda.

\_\_\_\_\_  
(firma del delegante)

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO ECONOMICO PER LE FORNITURE  
DI ENERGIA ELETTRICA E/O GAS NATURALE**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto-legge n. 185/08, art. 3, comma 9 e 9 bis,  
decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.  
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

Recapiti per eventuali comunicazioni (almeno un campo da compilare obbligatoriamente)

8 Tel./Cell \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Desidero ricevere tutte le comunicazioni anche via e-mail.....

**Documenti da allegare:**

- documento identità del richiedente
- documento identità del delegante nel caso venga compilato il campo 7
- autocertificazione componenti nucleo ISEE (Allegato CF) o copia elenco da attestazione ISEE
- autocertificazione famiglia numerosa (Allegato FN) nel caso di nucleo familiare con 4 o più figli a carico
- atto di delega (Allegato D) se il richiedente utilizza un delegato per presentare la domanda

Il/La sottoscritto/a, inoltre

DICHIARA:

- che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;
- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

- a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente l'applicazione del regime di compensazione;
  - b) potranno essere trattati, unitamente ai dati relativi ai consumi elettrici e gas, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza;
  - c) potranno, inoltre, essere conservati e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali;
  - d) saranno comunicati alle imprese di distribuzione ai fini dell'erogazione della compensazione e potranno essere altresì trasmessi alla Guardia di finanza e all'Agenzia delle Entrate, unitamente ai dati di consumo elettrici e gas rilevati a seguito dell'ammissione al regime di compensazione, per i controlli previsti dalla vigente normativa, ivi incluse le attività di controllo e verifica di cui all'art. 11 e all'articolo 23, comma 23.4 dell'Allegato A alla delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com;
  - di impegnarsi a comunicare tempestivamente al proprio Comune di residenza le variazioni delle condizioni di ammissibilità.
- Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al regime di compensazione.

Il dichiarante può rivolgersi in qualunque momento agli enti ai quali ha presentato l'istanza per verificare, aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiedere il blocco ed opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano, se trattati in violazione di legge (articoli 7, 9, 10 e 138 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

Il/La sottoscritto/a, inoltre

**ACCONSENTE**

ad essere contattato ai recapiti indicati per rispondere a quesiti relativi alla qualità del servizio fornito, nell'ambito delle attività di controllo e sviluppo del servizio poste in essere dall'Autorità per l'energia elettrica e il gas.

SI

NO

**BONUS SOCIALE PER DISAGIO ECONOMICO PER LE FORNITURE  
DI ENERGIA ELETTRICA E/O GAS NATURALE**

Decreto interministeriale 28 dicembre 2007 e decreto-legge n. 185/08, art. 3, comma 9 e 9 bis,  
decreto del Ministero dello Sviluppo Economico 29 dicembre 2016.  
Delibera dell'Autorità per l'energia elettrica e il gas 402/2013/R/com e Allegato A - TIBEG

La presente istanza costituisce  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**AI SENSI DEGLI ARTICOLI 38 E 47 DEL DPR. n. 445/2000 E S.M.I.**

\_\_\_\_\_  
*(Luogo, data)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del richiedente)*

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: Richiesta assistenza economica per ragazza madre.

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in Partinico, in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ madre  
del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assistenza economica continuativa in quanto ragazza madre, ai sensi del Regolamento Comunale approvato con deliberazione del C.C. n. 107 del 14-10-97.

Allega alla presente:

- 1) Autocertificazione nella quale si dichiara che l'utente non ha mai contratto matrimonio;
- 2) Attestato ISEE;
- 3) Scheda sulle condizioni socio – ambientali del nucleo familiare;
- 4) Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente.
- 5) Fotocopia Codice Fiscale

Partinico li.....

FIRMA

**SOTTOSCRIZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DICHIARANTE**

Io sottoscritt..... consapevole delle responsabilità penali che si assume (art. 489 del codice penale), ai sensi dell'art. 76 del DP R n. 445/2000, per false dichiarazioni, dichiara di avere compilato personalmente, o con l'aiuto di altri, le diverse parti del presente documento e che quanto dichiarato in esse è tutto vero e può essere controllato, ai sensi degli artt. 43, 71, del DPR n. 445. E', inoltre, consapevole delle responsabilità penali che si assume e della rilevanza penale di eventuali omissioni, o incomplete e non tempestive comunicazioni. Si impegna a comunicare, entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e ogni altro elemento di conoscenza sottoscritto nella presente dichiarazione. Il Comune di Partinico e altri Enti pubblici controlleranno le dichiarazioni rese e se anche una soltanto delle informazioni o dei dati dichiarati risulteranno falsi, il Comune presenterà immediatamente denuncia penale alla Magistratura, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000. Il nucleo familiare del dichiarante decadrà dai contributi concessi e dovrà restituirli per intero al Comune con l'aggiunta di eventuali spese. Dichiara, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa, come descritto nella richiesta di contributo.

Letto, confermato, sottoscritto

Partinico, .....

IL DICHIARANTE

Per il controllo  
Nome dell'operatore

AUTOCERTIFICAZIONE

La sottoscritta.....nata a .....il.....  
residente a Partinico in via .....n.....tel.....

---

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

- 1) Di essere ragazza madre del minore .....
- 2) Di non essersi mai coniugata
- 3) Che il minore è riconosciuto solo dalla dichiarante
- 4) Che né il padre naturale, né la famiglia del padre naturale, provvedono al mantenimento del minore
- 5) Eventuali altre dichiarazioni .....

.....  
.....

Io sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 26 della Legge 04/01/68 N. 15, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiaro di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità dei dati reddituali e patrimoniali e la situazione familiare dichiarata.

Firma

---

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: Art. 66 Legge 23/12/1998N. 448 come modificata dalla Legge 17/05/99  
N.144.

---

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a Partinico nella Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_, avendo partorito in data \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di essere inclusa nell'elenco degli aventi diritto all'Assegno per maternità  
concesso ai sensi dell'art. 66, legge 23/12/1998N. 448 come modificata dalla legge 17/05/99  
N.144.

Allega alla presente:

1. Mod. ISEE;
2. Dichiarazione di non avere usufruito di indennità per maternità da parte di altri Enti previdenziali Pubblici o Privati;
3. Fot. documento di identità;
4. Fot. Codice Fiscale.
5. Codice IBAN BANCARIO O POSTALE.

Partinico li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI NON AVERE USUFRUITO INDENNITA' PER MATERNITA'

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ ed residente a Partinico nella Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ al fine di ottenere l'indennità di maternità, prevista dall'art. 66 della legge 23/12/1998 N. 448 e successive modificazioni

### DICHIARA

Che non ha usufruito di alcuna indennità per maternità da parte di altri Enti previdenziali Pubblici o Privati.

Partinico, li \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 26 della Legge 04/01/68 N. 15, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiaro di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali.

FIRMA

\_\_\_\_\_

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**OGGETTO: Richiesta affido familiare.**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a Partinico in Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ nella  
qualità di affidatari \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere ammesso, per l'anno 2013, al beneficio del contributo economico per  
l'affidamento familiare de \_\_\_\_\_ minor \_\_\_\_\_

Cognome e Nome	Data di nascita	Residenza
1) _____		
2) _____		
3) _____		
4) _____		

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di esibizioni di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Di essere residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

unitamente alla famiglia così composta:

Cognome e Nome	Data e luogo di nascita	Relazione di Parentela
_____		
_____		
_____		
_____		

Che \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ minor \_\_\_\_\_ affidat \_\_\_\_\_ è/sono portator \_\_\_\_\_

di handicap con invalidità superiore al 66%:

che   1   minor \_\_\_\_\_ fruiscе/ non fruiscе (cancellare la voce che non interessa) di indennità di accompagnamento o assegno scolastico;

1)che   1   minor \_\_\_\_\_ frequenta la scuola statale \_\_\_\_\_

O L'Istituto convenzionato \_\_\_\_\_ con retta a carico dell'A.C., a convitto/semiconvitto

2)che   1   minor \_\_\_\_\_ frequenta la scuola statale \_\_\_\_\_

O L'Istituto convenzionato \_\_\_\_\_ con retta a carico dell'A.C., a convitto/semiconvitto

3)che   1   minor \_\_\_\_\_ frequenta la scuola statale \_\_\_\_\_

O L'Istituto convenzionato \_\_\_\_\_ con retta a carico dell'A.C., a convitto/semiconvitto

Che la situazione familiare è seguita dall'A.S. \_\_\_\_\_ in

Servizio presso \_\_\_\_\_

  1   sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara altresì:

-di essere a conoscenza dell'obbligo di segnalare tempestivamente a codesta Ripartizione qualsiasi variazione relativa a quanto sopra dichiarato e documentato, consapevole che un accertamento da cui risulti difformità da parte dell'Amministrazione Comunale azione di rivalsa;

-di essere a conoscenza che l'eventuale corresponsione di contributo economico resta subordinata alle disponibilità di bilancio.

Si allegano i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva unica prevista dal D.P.R. 109/98 e successive modifiche ed integrazioni
- Decreto di affidamento del Tribunale per i minorenni o del Giudice Tutelare,
- Copia modello ISEE dei componenti della famiglia d'origine
- Copia documento di riconoscimento e codice fiscale

Informativa art. 13 D. Lgs n. 196/03: " i dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione Comunale. I dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati. Devono essere esatti, pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e trattati. Al trattamento dei dati possono attendere anche soggetti esterni, pubblici o privati con i quali il Comune ha un rapporto di concessione, convenzione e/o contratto finalizzato all'espletamento della procedura di parte di essa. L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione Comunale i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8.9 e 10 del D. Lgs n. 196/03".

Partinico lì

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

---

OGGETTO: Richiesta assegno per nucleo familiare  
Art. 65 Legge 448/98.

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Partinico in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_, essendo genitore di n° \_\_\_\_\_ figli di cui n° \_\_\_\_\_  
di età inferiore a 18 anno.

CHIEDE

Alla S.V. di essere inclusa nell'elenco degli aventi diritto all'Assegno per nucleo familiare  
previsto dall'art. 65 della legge 448/98.

Allega alla presente:

1. mod. ISEE;
2. fot. Documento di identità;
3. fot. Codice Fiscale
4. Codice IBAN BANCARIO O POSTALE.
5. Permesso di soggiorno o carta di soggiorno di lungo periodo

Partinico, li

FIRMA

---

AL SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI PARTINICO  
UFFICIO SEGRETARIATO SOCIALE

**OGGETTO: Richiesta sussidio assistenza economica.**

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a Partinico in Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
coniugato con \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
trovandosi in condizioni economiche disagiate

**CHIEDE**

L'erogazione di un sussidio di assistenza per far fronte alle esigenze più urgenti della propria famiglia.

Allega alla presente:

1. Mod. ISEE;
2. Scheda sulle condizioni socio – ambientali del nucleo familiare;
3. Eventuale documentazione che comprova la necessità di interventi straordinari;
4. Fot. Documento di riconoscimento.
5. Fot. Codice Fiscale.

Partinico, li \_\_\_\_\_

FIRMA

**SOTTOSCRIZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DICHIARANTE**

Io sottoscritt..... consapevole delle responsabilità penali che si assume (art. 489 del codice penale), ai sensi dell'art. 76 del DP R n. 445/2000, per false dichiarazioni, dichiara di avere compilato personalmente, o con l'aiuto di altri, le diverse parti del presente documento e che quanto dichiarato in esse è tutto vero e può essere controllato, ai sensi degli artt. 43, 71, del DPR n. 445, E', inoltre, consapevole delle responsabilità penali che si assume e della rilevanza penale di eventuali omissioni, o incomplete e non tempestive comunicazioni. Si impegna a comunicare, entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e ogni altro elemento di conoscenza sottoscritto nella presente dichiarazione. Il Comune di Partinico e altri Enti pubblici controlleranno le dichiarazioni rese e se anche una soltanto delle informazioni o dei dati dichiarati risulteranno falsi, il Comune presenterà immediatamente denuncia penale alla Magistratura, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000. Il nucleo familiare del dichiarante decadrà dai contributi concessi e dovrà restituirli per intero al Comune con l'aggiunta di eventuali spese. Dichiaro, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa, come descritto nella richiesta di contributo.  
Letto, confermato, sottoscritto

Partinico, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

Per il controllo

Nome dell'operatore

N.B. Le dichiarazioni false, compilate solo in parte o imprecise comportano l'esclusione dal servizio richiesto

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE E SOCIO-AMBIENTALI DEL NUCLEO FAMILIARE<sup>1</sup>

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

### DICHIARA QUANTO SEGUE:

#### Dati anagrafici del richiedente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Comune o stato estero di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Indirizzo e N. civico: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### **a) INFORMAZIONI SULLA PERSONA RICHIEDENTE E SULLA SUA FAMIGLIA**

titolo di studio \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
condizione lavorativa \_\_\_\_\_ (se disoccupato) dal \_\_\_\_\_  
Iscrizione al collocamento ordinario \_\_\_\_\_ (se occupato) dal \_\_\_\_\_  
occupato presso \_\_\_\_\_ altre attività lavorative (anche in nero e/o occasionali) \_\_\_\_\_  
(se studente) scuola frequentata \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
pensione (tipo pensione, anche estera): \_\_\_\_\_ % invalidità \_\_\_\_\_  
ulteriori informazioni \_\_\_\_\_

- <b>Iscrizione liste invalidi civili:</b>	SI	NO
Domanda ai Cantieri di lavoro:	SI	NO
Iscritto/a ad Agenzie interinali o altre agenzie di lavoro:	SI	NO
Si è licenziato dal lavoro o è stato licenziato:	SI	NO
Se SI, indicare perché: .....		
- <b>Se in età pensionabile, ha presentato domanda di pensione:</b>	SI	NO
Domanda della seguente pensione o indennità: .....		
Domanda presentata in data: .....		
- <b>Separato/a di fatto (cioè non legalmente):</b>	SI	NO
Se Separato/a di fatto, ha presentato richiesta di separazione legale:	SI	NO
- <b>Separato/a legalmente o divorziato:</b>	SI	NO
Se SI, è separato legale dalla data: .....		
Sentenza del Tribunale di: .....; Numero della sentenza .....		
Assegno di mantenimento stabilito dalla sentenza:	SI	NO
Importo mensile stabilito dal Giudice: € .....		
L'importo stabilito è percepito tutto:	SI	NO
Se non è percepito tutto l'importo stabilito, si è rivolto all'Ufficio del Gratuito Patrocinio o a un avvocato:	SI	NO
- <b>Negli ultimi 5 anni, ha ricevuto donazioni, eredità, redditi, somme arretrate, beni mobili registrati o immobili e ne ha ricavato del denaro:</b>	SI	NO
Se SI, descrivere analiticamente: .....		

<sup>1</sup> Alle domande mettere una croce sul SI o sul NO per indicare la risposta da dare. Mettere un "NO" grande anche nelle parti che non si compilano. Vale a dire che nessuna parte deve essere lasciata bianca e non deve neanche essere solo sbarrata. In caso di necessità, aggiungere altri fogli

- Negli ultimi 3 anni, ha intestato o donato ad altri, senza ricavare nessun reddito o denaro, beni mobili registrati o immobili: SI NO

Se SI, descrivere analiticamente: .....

**- PER I CITTADINI STRANIERI**

Cittadinanza: ..... Permesso di Soggiorno: SI NO

Motivi del soggiorno ..... numero del Permesso: .....

Rilasciato dalla Questura di ..... in data .....

Data dell'ultimo rinnovo: ..... data di scadenza del permesso: .....

Mezzi di sostentamento attuali: .....

Se ha il permesso per asilo politico o rifugiato politico, ha chiesto il contributo statale: SI NO

**Carta di soggiorno:** SI NO

Numero della Carta: ..... Questura di : ..... data di rilascio .....

**Soggetti componenti il nucleo familiare:** richiedente, componenti la famiglia anagrafica, compresi i coniugi separati e altri soggetti conviventi:

N	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela
1					Richiedente
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Breve descrizione delle cause che determinano lo stato di bisogno del nucleo familiare: .....

**b) REDDITI DELLA FAMIGLIA**

- I redditi complessivi di tutti i componenti il nucleo familiare sono: € \_\_\_\_\_

(I redditi devono essere totali, cioè devono indicare tutte le entrate, anche quelle non soggette alle ritenute IRPEF: assegni di mantenimento, pensioni di invalidità, sociali, indennità, liquidazioni, risarcimenti, lavoro nero ed altro).

1. Nome di chi percepisce il reddito: .....

Reddito da lavoro .....

(Reddito da lavoro in proprio. Redditi da lavoro subordinato a tempo indeterminato. Redditi da lavoro subordinato a tempo determinato. Borse di lavoro - Redditi da lavoro saltuario - Redditi da lavoro di detenuti e simili, Redditi da lavoro nero ed ogni altra entrata).

Altri redditi .....

(Redditi da pensioni, indennità e simili, borse di studio e simili, indennità salariale, disoccupazione, maternità, malattia, assegni e simili, redditi di partecipazione a società, in associazioni o imprese)

Tipo di lavoro ..... Reddito mensile € \_\_\_\_\_

Altre informazioni: .....

(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, motivazioni domande di pensione eventualmente presentate, somme non percepite, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)

2. Nome di chi percepisce il reddito: .....

Reddito da lavoro .....

*(Reddito da lavoro in proprio. Redditi da lavoro subordinato a tempo indeterminato. Redditi da lavoro subordinato a tempo determinato. Borse di lavoro - Redditi da lavoro saltuario - Redditi da lavoro di detenuti e simili, Redditi da lavoro nero ed ogni altra entrata).*

Altri redditi .....

*(Redditi da pensioni, indennità e simili, borse di studio e simili, indennità salariale, disoccupazione, maternità, malattia, assegni e simili, redditi di partecipazione a società, in associazioni o imprese)*

Tipo di lavoro ..... Reddito mensile € \_\_\_\_\_

Altre informazioni: .....

*(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, motivazioni domande di pensione eventualmente presentate, somme non percepite, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)*

3. Nome di chi percepisce il reddito: .....

Reddito da lavoro .....

*(Reddito da lavoro in proprio. Redditi da lavoro subordinato a tempo indeterminato. Redditi da lavoro subordinato a tempo determinato. Borse di lavoro - Redditi da lavoro saltuario - Redditi da lavoro di detenuti e simili, Redditi da lavoro nero ed ogni altra entrata).*

Altri redditi .....

*(Redditi da pensioni, indennità e simili, borse di studio e simili, indennità salariale, disoccupazione, maternità, malattia, assegni e simili, redditi di partecipazione a società, in associazioni o imprese)*

Tipo di lavoro ..... Reddito mensile € \_\_\_\_\_

Altre informazioni: .....

*(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, motivazioni domande di pensione eventualmente presentate, somme non percepite, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)*

### - Altri componenti il nucleo familiari non percettori di reddito

1. Nome di chi non percepisce reddito: .....

professione ..... condizione lavorativa .....

altre attività ..... iscrizione al collocamento .....

..... invalidità (tipo di invalidità e %) .....

..... pensione (tipo pensione, anche estera): .....

..... titolo di studio .....

(se studente ) scuola frequentata ..... classe .....

ulteriori informazioni .....

*(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, domande di pensione presentate, somme da percepire, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)*

2. Nome di chi non percepisce reddito: .....

professione ..... condizione lavorativa .....

altre attività ..... iscrizione al collocamento .....

..... invalidità (tipo di invalidità e %) .....

..... pensione (tipo pensione, anche estera): .....

..... titolo di studio .....

(se studente ) scuola frequentata ..... classe .....

ulteriori informazioni .....

(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, domande di pensione presentate, somme da percepire, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)

3. Nome di chi non percepisce reddito: .....  
professione ..... condizione lavorativa .....  
altre attività ..... iscrizione al collocamento .....  
..... invalidità (tipo di invalidità e %) .....  
..... pensione (tipo pensione, anche estera): .....  
..... titolo di studio .....  
(se studente ) scuola frequentata ..... classe .....  
ulteriori informazioni .....

(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, domande di pensione presentate, somme da percepire, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)

4. Nome di chi non percepisce reddito: .....  
professione ..... condizione lavorativa .....  
altre capacità lavorative ..... iscrizione al collocamento .....  
..... invalidità (tipo di invalidità e %) .....  
..... pensione (tipo pensione, anche estera): .....  
..... titolo di studio .....  
(se studente ) scuola frequentata ..... classe .....  
ulteriori informazioni .....

(Orari, luoghi, inizio attività, cessazione attività, domande di pensione presentate, somme da percepire, data presunta di eventuali liquidazioni, spese straordinarie sostenute, etc.)

**- Altri redditi della famiglia:**

1. Assegni del coniuge separato o divorziato. Assegno statale di maternità, ai nuclei con tre figli minori, ai rifugiati, bonus sociali, ect. (specificare) .....

€ \_\_\_\_\_

2. Titolarità di depositi bancari e/o postali, quote di Fondi comuni, conti correnti, BOT, CCT, da altri titoli privati o pubblici, buoni fruttiferi, assicurazioni o rendite, partecipazioni azionarie ed altre attività finanziarie. (Specif.) .....

€ \_\_\_\_\_

**- Patrimonio immobiliare** (Redditi da terreni e fabbricati, incluso l'immobile abitato).

Nome del beneficiario ..... descrizione ..... € \_\_\_\_\_

**- Veicoli e beni mobili registrati in possesso della famiglia** (Indicare le caratteristiche dei veicoli e dei beni mobili registrati): .....

**c) INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE IN CUI RISIEDE LA FAMIGLIA**

La famiglia risiede in una casa di proprietà, uso gratuito o in usufrutto:      SI                      NO

La casa è intestata a: .....

La casa è stata acquistata/costruita/ristrutturata in data: .....

La famiglia paga un mutuo:	SI	NO
Se SI, per una rata mensile di €: .....		
La famiglia risiede in una casa locata:	SI	NO
Se si, ha stipulato un regolare contratto di affitto:	SI	NO
registrato in data ..... presso .....		
Abita in una casa di edilizia pubblica popolare:	SI	NO
Nome del titolare dell'abitazione in cui risiede la famiglia .....		
<b>Importo del canone mensile di locazione</b> comprese le spese ordinarie €: .....		
Il pagamento dell'affitto è regolare:	SI	NO
<b>Se il pagamento NON è regolare</b> , indicare da quando la famiglia non lo paga: .....		
La famiglia ha una morosità arretrata dell'affitto per un importo totale di €: .....		
Ha ricevuto lo sfratto o una lettera del proprietario:	SI	NO
<b>La famiglia paga l'affitto con:</b> risorse finanziarie proprie:	SI	NO
con l'aiuto di altri (indicare chi) .....		
Nell'anno in corso la famiglia ha presentato la domanda per il <b>Fondo nazionale di sostegno alla locazione</b> (Legge n. 431/98):	SI	NO
Se NO, dire il motivo: .....		
Se SI, domanda in data: .....		
La famiglia ha ricevuto somme dal Fondo nazionale di sostegno alla locazione :	SI	NO
Se SI, indicare l'ultima data di riscossione: .....		
Ultimo importo ricevuto dal Fondo: € .....		
In caso di separazione legale, il Tribunale ha assegnato la casa al seguente coniuge: .....		
<b>Condizioni abitative</b>		
Tipo di fabbricato ( <i>es.casa, appartamento, rustico, garage, ecc.</i> ) .....		
Numero vani dell'abitazione ..... cucina ..... servizi igienici (numero e qualità) .....		
..... descrizione dell'immobile (segnalare presenza di umidità e altri fattori di rischio per la salute e per la qualità della vita) .....		
.....		

#### **d) INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO DELLE UTENZE DOMESTICHE**

Le utenze domestiche sono intestate a .....		
<b>Il pagamento delle utenze è regolare :</b>	SI	NO
Se SI, la famiglia paga le utenze con: mezzi propri:	SI	NO
(se no) con l'aiuto di familiari di altri:	SI	NO
<b>Se il pagamento delle utenze NON è regolare</b> , indicare quali utenze la famiglia non paga:		
Luce ; Gas ; Acqua; Spazzatura; Telefono, Altro (specificare) .....		
La famiglia non paga le utenze da queste date: .....		
Ha ricevuto un avviso di sospensione delle utenze:	SI	NO
Se si, per quali utenze ha ricevuto un avviso di sospensione: .....		
Ha concordato un piano di rientro per pagare le utenze passate:	SI	NO
Sta pagando gli importi concordati nel piano di rientro:	SI	NO

#### **SOTTOSCRIZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DICHIARANTE**

Io sottoscritt..... consapevole delle responsabilità penali che si assume (art. 489 del codice penale), ai sensi dell'art. 76 del DP R n. 445/2000, per false dichiarazioni, dichiara di avere compilato personalmente, o con l'aiuto di altri, le diverse parti del presente documento e che quanto dichiarato in esse è tutto vero e può essere controllato, ai sensi degli artt. 43, 71, del DPR n. 445. E', inoltre, consapevole delle responsabilità penali che si assume e della rilevanza penale di eventuali omissioni, o incomplete e non tempestive comunicazioni. Si impegna a comunicare, entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, ogni cambiamento sia della composizione della famiglia, sia delle condizioni personali, sia delle condizioni di reddito e di patrimonio di ogni componente e ogni altro elemento di conoscenza sottoscritto nella presente dichiarazione. Il Comune di Partinico e altri Enti pubblici controlleranno le dichiarazioni rese e se anche una soltanto delle informazioni o dei dati dichiarati risulteranno falsi, il Comune presenterà immediatamente denuncia penale alla Magistratura, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000. Il nucleo familiare

del dichiarante decadrà dai contributi concessi e dovrà restituirli per intero al Comune con l'aggiunta di eventuali spese. Dichiaro, infine, di essere informato, ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa, come descritto nella richiesta di contributo.

Letto, confermato, sottoscritto

Partinico, .....

IL DICHIARANTE

.....

### SE IL DICHIARANTE NON PUO' FIRMARE

a) Previo l'accertamento dell'identità, la presente dichiarazione è stata resa dal signor .....  
....., che in presenza del seguente impedimento a sottoscrivere, dovuto a<sup>2</sup> .....  
....., acconsente, di sua volontà, a far sottoscrivere il presente documento al  
... signor ..... in rapporto di parentela ..... la cui identità  
è accertata tramite il seguente documento : ..... N..... rilasciat...  
da ..... in data .....

Partinico .....

Firma del familiare<sup>3</sup>

.....

b) Previo l'accertamento dell'identità, la presente dichiarazione è stata resa dal signor .....  
....., in qualità di curatore/tutore, la cui identità è accertata tramite il documento: .....  
..... N..... rilasciat... da ..... in data .....  
in presenza di impedimento a sottoscrivere dovuto a<sup>4</sup> ..... giusta  
sentenza n. .... del ..... messa dal tribunale ..... di .....

Partinico .....

Firma del curatore/tutore

.....

### PER IL SERVIZIO SOCIALE AL MOMENTO DELLA CONSEGNA (Art. 38 del DPR n. 445/2000)

Attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal Sig. ....  
identificato nel modo sopraindicato.

Attesto che la presente dichiarazione è pervenuta tramite il servizio postale, e/o messo comunale, contestualmente  
alla domanda di contributo economico, ad altri documenti allegati e alla fotocopia del seguente documento di identità  
..... N..... rilasciat... da ..... in data .....

Partinico, .....

Firma dell'addetto al Servizio Sociale

.....

<sup>2</sup> Per impedimento fisico, incapacità giuridica (minore, disabile), etc

<sup>3</sup> Firma del rappresentante legale: i genitori, il coniuge o, in assenza del coniuge, il figlio/a, o, in mancanza di figli, i parenti in linea diretta o collaterale fino al terzo grado e ciò nell'interesse del familiare che si trova in uno stato di impedimento fisico temporaneo o permanente, per motivi di salute

<sup>4</sup> Interdizione legale

Al Distretto Socio Sanitario D.I. <sup>41</sup> ~~PAZZANO~~

Via .....

Cap\_ ..... Città .....

e.p.c Al Presidente della Regione Sicilia  
On. Rosario Crocetta  
Palazzo d'Orleans  
Piazza Indipendenza 21 - 90129  
PEC: presidente@certmail.regione.sicilia.it

Oggetto: Richiesta Piano Individualizzato e Piano Assistenziale Individualizzato per persone disabili ai sensi delle leggi: 8 novembre 2000, n. 328 art.14, 21 maggio 1998, n.162 e legge regionale del 12 maggio 2010, n.11. Mediante TRASFERIMENTO MONETARIO ai sensi della legge regionale 1 marzo 2017, n. 4

Il/la sottoscritto/a..... nato/a il.....

Residente a ..... nella via.....

Codice Fiscale ..... Tel.....

In qualità di :

**CHIEDE**

1) Che venga predisposto Piano Individualizzato e Piano Assistenziale Individualizzato per persone disabili ai sensi delle leggi: 8 novembre 2000, n. 328 art.14, 21 maggio 1998, n.162 e legge regionale del 12 maggio 2010, n.11

In suo favore

In favore del/la Sig./ra .....

Nato/a..... il..... residente a.....

Via..... n..... tel.....

Codice Fiscale.....

Riconosciuta persona "NON AUTOSUFFICIENTE" disabile ai sensi dell'art.3, comma3, della legge 104/92, beneficiario dell'indennità di accompagnamento.

2) che il Piano Assistenziale Individualizzato destinato a favore del soggetto disabile Non Autosufficiente venga attuato mediante TRASFERIMENTO MONETARIO, ai sensi della legge regionale 1 marzo 2017, n. 4

Allega alla presente domanda:

- Certificazione di disabilità, ai sensi della legge 104/92, art.3, comma3
- Certificazione d'indennità di accompagnamento-
- Documento di riconoscimento

Luogo e data

Firma

COMUNE DI PARTINICO  
SETTORE SERVIZI SOCIALI

RESPONSABILE DEL SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA  
COMUNE DI PARTINICO  
-DIREZIONE AMM.VA CASA DI RIPOSO COM.LE  
"CANONICO CATALDO"-  
VIALE ALDO MORO 47  
PARTINICO

Prot. N. \_\_\_\_\_

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CASA DI RIPOSO COM.LE "CAN. CATALDO"

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il/la \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso/a come ospite presso questa Casa di Riposo con decorrenza dal \_\_\_\_\_  
A tal fine dichiara:

- di aver preso visione del regolamento interno della struttura residenziale e di accettarlo in ogni parte.
- In particolare il richiedente prende atto e accetta l'assegnazione del posto letto e della stanza, effettuata secondo la disponibilità della Struttura e il giudizio della Direzione amministrativa della Casa di Riposo; assegnazione che può essere modificata secondo le esigenze di assistenza agli ospiti e della struttura organizzativa della Casa su insindacabile giudizio della Direzione amministrativa della Struttura residenziale stessa.
- Di aver preso visione e di accettare l'ammontare della retta di ricovero a carico del sottoscritto, quantificata in base alle vigenti disposizioni di legge e i provvedimenti amministrativi del Comune di Partinico e di provvedere al pagamento di quanto dovuto mensilmente entro la prima decade del mese successivo a quello maturato.
- Di assumere, all'interno della Casa di Riposo, un atteggiamento e comportamento rispettoso delle persone ospiti e del personale addetto, delle cose e delle suppellettili esistenti.
- Di obbligarsi a rispettare gli orari e le regole di comportamento in uso all'interno della Casa di Riposo, in particolare quelle relative all'igiene personale e la presenza in sala pranzo agli orari stabiliti per la colazione, pranzo e cena.
- Di prendere atto che la retta di ricovero non comprende alcuna assistenza sanitaria, infermieristica continua o fisioterapica riabilitativa che resta a totale carico del servizio sanitario nazionale; che l'assistenza sanitaria viene assicurata dal servizio nazionale sanitario tramite l'ASL territoriale di competenza o, in via subordinata, a carico dell'utente.
- Di prendere atto che la Casa di Riposo non assicura alcun servizio di assistenza personale durante eventuali periodi di ricovero ospedaliero.
- Di prendere atto che sono a carico dell'ospite le spese di corredo personale (biancheria, abbigliamento, effetti personale, medicine non prescrittibili dal SSN, visite medico specialistiche non fornite dal SSN e quant'altro non fornito dalla Casa di Riposo).
- Di essere a conoscenza che, in caso di riconoscimento retroattivo di eventuali arretrati di indennità di accompagnamento e/o altro qualsiasi emolumento, al Comune di Partinico spetta il 70% (salvo modifiche dovute per legge) delle somme rimosse come arretrati e a far data dal ricovero dell'utente nella Casa di Riposo.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, avvalendosi delle vigenti disposizioni di legge in materia di autocertificazione, e consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere cittadino italiano;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di essere di stato civile coniugato \ separato \ divorziato \ vedovo \ celibe \ nubile.
- Di essere titolare di un reddito complessivo di € \_\_\_\_\_ giusto certificato ISE allegato unitamente a copia del certificato di pensione e del mod. CUD anno \_\_\_\_\_.
- Di essere idoneo, sotto l'aspetto sanitario, ad essere accolto presso questa Casa di Riposo, giusto scheda sanitaria a firma del medico curante.
- Di essere stato riconosciuto invalido al \_\_\_\_\_ % con diritto all'indennità di accompagnamento \ diritto esenzione ticket sanitario, giusto verbale sanitario allegato.
- Di essere in rapporto di parentela con i sottoelencati signori, tenuti all'obbligo degli alimenti e assistenza ex art. 433 CC.

1) sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

2) sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

3) sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

A corredo della presente allega:

scheda sanitaria a firma del medico curante

1. certificato invalidità
2. codice fiscale
3. tessera sanitaria
4. documento di riconoscimento
5. certificato ISE del richiedente
6. dichiarazione di assunzione dell'obbligo di pagamento retta da parte del Comune di residenza (per gli utenti non residenti nel Comune di Partinico)
7. stato di famiglia
8. altro \_\_\_\_\_

Partinico, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ X  
firma del richiedente (o del tutore o parente  
Prossimo nel caso in cui il richiedente non può firmare)

#### AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto richiedente l'ammissione alla Casa di Riposo com.le Can. Cataldo di Partinico

#### AUTORIZZA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. LGS n.196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti secondo le modalità e nei limiti di cui legislazione vigente ed esclusivamente per i compiti istituzionali della struttura residenziale.

Data.....

FIRMA

**DICHLARAZIONE DI ASSUNZIONE DI OBBLIGO ASSISTENZA ALL'ANZIANO OSPITE DELLA CASA DI RIPOSO.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_  
(indicare grado di parentela) del  
sig. \_\_\_\_\_

(candidato all'ammissione alla Casa di Riposo canonico Cataldo di Partinico), con la presente, da far valere a tutti gli effetti di legge, dichiara che in ossequio alle vigenti disposizioni del codice civile (art. 433) e delle regole interne alla predetta struttura residenziale,

**DICHIARA**

- di obbligarsi e di impegnarsi a non trascurare i rapporti interpersonali con il predetto parente, nel caso in cui lo stesso venga ammesso quale ospite nella casa di riposo;
- di provvedere alla assistenza igienico personale dello stesso in caso di ricovero ospedaliero;
- di provvedere al rinnovo del guardaroba, biancheria intima, da bagno, abbigliamento, effetti personali, su semplice richiesta della Direzione Amministrazione della Casa di Riposo.
- Di obbligarsi a pagare regolarmente entro la prima decade del mese successivo a quello maturato la retta a carico dell'utente.
- Di prendere atto che l'eventuale ritardato pagamento della retta di ricovero per oltre due mesi è motivo di allontanamento dell'ospite dalla Struttura residenziale.
- Di assumersi l'obbligo su richiesta della Direzione della Casa di Riposo, di costituire presso la stessa Direzione di un fondo cassa per le piccole necessità dell'ospite (con carico di rendiconto).
- Di obbligarsi, nel caso in cui l'ospite, legato da rapporti di parentela con il dichiarante, non volesse più rimanere presso la Casa di Riposo, o la permanenza dello stesso dovesse creare problemi alla civile convivenza all'interno della Struttura, a provvedere a prelevare l'ospite e di provvedere ad altra sistemazione.
- Di prendere atto che l'inosservanza degli obblighi assunti con la presente dichiarazione è da intendersi violazione degli obblighi di cui all'art. 433 del vigente codice civile, e che di tale violazione la Direzione amministrativa della Casa di Riposo ha facoltà di darne comunicazione all'autorità giudiziaria competente.

In fede

firma \_\_\_\_\_

Allega copia del documento di riconoscimento

## DICHIARAZIONE UNILATERALE D'OBBLIGO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ nella via \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_  
della sig./ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ospite della Casa di Riposo comunale "Can. Cataldo" di Partinico, con la presente da  
valere a tutti gli effetti di legge

### DICHIARA

- Di essere a conoscenza dell'ammontare della retta giornaliera dovuta dal sig. \_\_\_\_\_
- Che alla data odierna l'utente risulta nelle attività quotidiane non/autosufficiente e che lo/la stesso/a non/ è stata riconosciuta invalida civile al 100% o titolare di indennità di accompagnamento.
- Di obbligarsi a pagare l'ammontare mensile della retta dovuta per il ricovero dell'utente entro la prima decade del mese successivo a quello maturato.
- Di assumersi l'onere di eventuali spese necessarie per assistenza ospedaliera dell'ospite e acquisto di farmaci non forniti dal Servizio Sanitario nazionale, così pure per eventuali spese per cure mediche specialistiche o visite non convenzionate con il SSN.
- Di assumersi l'onere e la responsabilità di pagare eventuali rette maturate, e non pagate in data successiva a quella del decesso dell'ospite.
- Di fornire prontamente l'ospite, di cui lo scrivente è referente, di abbigliamento, biancheria intima e di quanto necessario per la pulizia e l'igiene personale, su semplice richiesta o segnalazione della Direzione Amministrativa della Casa di Riposo.

Partinico, li \_\_\_\_\_

Allego copia del documento di riconoscimento

DICHIARAZIONE DI ESONERO RESPONSABILITÀ

La/II sottoscritta/o \_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, in relazione alla permanenza nella Casa di Riposo comunale "Canonico Cataldo",  
quale ospite della struttura, di \_\_\_\_\_ nata/o  
a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella qualità di \_\_\_\_\_ e di  
referente del predetto ospite della Casa di Riposo, con la presente da valere a tutti gli effetti di legge

DICHIARA

di sollevare e manlevare il Comune di Partinico, proprietario e gestore della Casa di Riposo, nel modo più ampio per sé e per i suoi successori ed aventi causa a qualsiasi titolo da ogni e qualsiasi obbligazione di corrispondere compensi di alcun genere a titolo di risarcimento danni, indennizzi, rimborsi, ecc. nell'eventualità di cadute accidentali o quant'altro possa accadere alla/o predetta/o ospite della Casa di Riposo non imputabile a incuria, negligenza o colpa del predetto Ente e/o del personale che opera all'interno della struttura.

Partinico, li

In fede

.....

*Elenco del corredo ed effetti personali di cui fornirsi all'atto dell'ammissione presso la casa di riposo.*

*n. 12 mutande*

*n. 6 canottiere*

*n. 6 maglie invernali*

*n. 4 asciugamani*

*n. 4 teli da bagno*

*n. 1 paio ciabatte invernali*

*n. 1 paio ciabatte estive*

*abbigliamento invernale (in quantità e qualità idonea)*

*abbigliamento estivo (in quantità e qualità idonea)*

*bagnoschioglia*

*shampoo*

*deodorante personale*

*pettine-spazzola*

*bastoncini per orecchie*

*quant'altro indicato e richiesto dalla Direzione della Casa di Riposo.*