**AL COMUNE DI CECCANO**

**Settore Politiche Sociali**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nato/a a………………………………………………………………………………………………………il…………………………………………………………………….

Residente a………………………………………………………via……………………………………………………………………..n……………………………………

Codice fiscale……………………………………………………………………………………………………tel……………………………………………………………

Ai sensi del regolamento ISEE del Comune di Ceccano, come modificato ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013 (approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 119 del 23/12/2014) e del Catalogo degli interventi e dei Servizi Sociali resi dal Comune di Ceccano (approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 43 del 17/03/2015),

**CHIEDE**

Un intervento economico relativo a:

 SOSTEGNO ECONOMICO

Per i seguenti motivi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 CONTRIBUTO AFFIDO FAMILIARE

 Assegno di base

 Sussidio integrativo (spese mediche, spese di natura scolastica)

Minore/i affidati

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ASSISTENZA ABITATIVA

Per i seguenti motivi

……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................

 CONTRIBUTO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE PER LE SPESE DI ACQUITO DI FORMULE (LATTE IN POLVERE O LIQUIDO E/O ARTICOLI IGIENICO SANITARI) NEL CASO DI NASCITA DI GEMELLI

A tale scopo, consapevole delle sanzioni civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 **ed accettando comunque qualsiasi tipo di verifica che si vorrà disporre in merito,**

**dichiara**

1. Di essere nato/a a …………………………………………………………………………..il ………………………………………………………..
2. Di risiedere a ……………………………………………………….in via…………………………………………………………n………………..
3. Di avere cittadinanza…………………………………………………………………………………………………………………………………...
4. Di essere (stato civile)………………………………………………………………………………………………………………………………...
5. Di avere il seguente medico di famiglia………………………………………………………………………………………………………
6. Di essere iscritto nelle liste di collocamento di …………………………………………………………………………………………..

 Di non essere iscritto nelle liste di collocamento

1. Di non aver già usufruito di interventi di sostegno economico

 Di aver già usufruito di interventi di sostegno economico nell’anno………………………………………………………

1. Di non avere parenti civilmente obbligati agli alimenti

 Di avere i seguenti parenti civilmente obbligati agli alimenti non conviventi (genitori, figli, fratelli e sorelle, nipoti in linea retta, coniuge):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Di avere un finanziamento con ……………………………………………………………….con un rateo mensili di €………………………..

Fino al ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Di essere proprietario dei seguenti autoveicoli, barche, camper motocicli (indicare targa, cilindrata ed immatricolazione)……………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Di avere percepito nell’anno in corso le seguenti altre entrate non comprese nella certificazione ISEE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DESCRIZIONE | ANNUE | MENSILI |
| Contributo libri di testo |  |  |
| Contributo buono borsa di studio |  |  |
| Contributo statale per il nucleo numeroso |  |  |
| Contributo statale per maternità |  |  |
| Assegno di cura |  |  |
| Social card |  |  |
| Sostegno affitti |  |  |
| Pernsione/assegno sociale |  |  |
| Pensione di guerra |  |  |
| Indennità di accompagnamento |  |  |
| Invalidità civile |  |  |
| Rendite inail |  |  |
| Borsa lavoro |  |  |
| Assegno mantenimento (separazione) |  |  |
| Indennità di mobilità |  |  |
| Altre fonti di reddito (specificare) |  |  |
|  |  |  |

1. Di avere nell’anno ………………………………………………………………le seguenti spese documentate:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Allega i seguenti documenti:
2. Documento identità
3. Attestazione ISEE
4. ……………………………………………………………………………….
5. ………………………………………………………………………………..
6. ………………………………………………………………………………

**Indica, in caso di accoglimento della domanda quale titolare della quietanza:**

 se medesimo

 il sig./sig.ra ……………………………………………………………………………………………………………………nata/o a ………………………………

 il……………………………………………………Residente a ………………………………………………………..in via…………………………………………

 n………………………….tel………………………………………………….codice fiscale…………………………………………………………………………..

Con la sottoscrizione della presente intende delegare a riscuotere per suo conto.

Il sottoscritto/a in caso di accoglimento della domanda, si impegna a segnalare al destinatario dell’istanza entro 30 giorni da suo verificarsi, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente.

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre di essere informato/a del D. Lss n 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

⃣ Il richiedente è consapevole che nel caso in cui risulti già beneficiario della misura di contrasto alla povertà denominata Reddito di Inclusione (REI), il contributo economico eventualmente erogato dall’Ente Comunale, andrà a ridurre o annullare l’importo spettante dal beneficio economico REI. Tutti i contributi erogati dall’Ente devono essere comunicati, così come previsto dalla vigente normativa, all’INPS mediante aggiornamento continuo della banca dati.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_