

Distretto di Sanluri



Piano
Locale
Unitario dei
Servizi alla persona

Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca;

ASSL Sanluri;

Provincia del SUD SARDEGNA.

- UFFICIO DI PIANO -

Via A.R. Villasanta n. 17 - 09025 Sanluri

Tel. 070.9383308 - Fax 070.9301709

Email: ufficiodipianosanluri@gmail.com

PEC: serviziosociale@pec.comune.sanluri.su.it

All'Ufficio Servizi Sociali

del Comune di _____

OGGETTO: DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'INTERVENTO "LA FAMIGLIA CRESCE": SOSTEGNO ECONOMICO A FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI NUMEROSI. (Deliberazione G.R. N. 39/41 del 03.10.2019) - 2° Bando.

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____
residente a _____ Via _____ n. _____
C.F. _____ Telefono/Cellulare _____

CHIEDE

di poter fruire dei benefici di cui alla Deliberazione G.R. N. 39/41 DEL 03.10.2019 - sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi.

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- nel proprio nucleo familiare, anche mono-genitoriale, almeno un componente è residente nel territorio della Regione da almeno 24 mesi;
- la propria unione civile / convivenza di fatto ha avuto inizio da almeno sei mesi dal momento della presentazione della domanda;
- il reddito familiare, calcolato secondo il metodo dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non è superiore per l'anno 2019 a € 30.000;
- di avere N. _____ figli fiscalmente a carico, di età compresa tra zero e venticinque anni;
- di avere N. _____ figli nei primi 100 giorni di vita;
- di avere N. _____ figli con disabilità.

Figli fiscalmente a carico di età compresa tra zero e venticinque anni		
COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA

- che è consapevole della responsabilità penale, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico dell'Ambito PLUS di Sanluri per l'ammissione alla fruizione dei contributi in oggetto, redatto secondo le previsioni della Deliberazione G.R. N.39/41 del 03.10.2019 e relativo allegato e di condividere i contenuti per averli letti e appieno compresi.

Aree prioritarie alle quali il nucleo familiare intende destinare il contributo	(Segnare con una X)
Generi di prima necessità	
Istruzione scolastica	
formazione	
Salute	
Benessere e sport	
Altro (specificare _____)	

- **Di non avere percepito alcun contributo nell'anno 2019 a valere sull'intervento "LA FAMIGLIA CRESCE** di cui alla Delibera G. R. 8/64 del 19 febbraio 2019;

Chiede inoltre che, nel caso di esito positivo della domanda, la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite:

- **ACCREDITO SU C/C BANCARIO O POSTALE**

Con la consapevolezza che le spese per le relative operazioni bancarie saranno a proprio carico.

c/c n° _____ della Banca _____

filiale di _____ intestato a _____

codice IBAN _____

N.B. L'intestatario o il cointestatario del conto DEVE coincidere con il richiedente.

- **RIMESSA DIRETTA** a proprio favore **(solo per importi inferiori a € 1.000,00)**

ALLEGA:

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente
- copia dell'attestazione ISEE, rilasciata nell'anno 2019

Se ricorre il caso:

- certificazione Sanitaria comprovante l'invalidità e/o la disabilità

Luogo _____ **data** _____

Firma del richiedente

CONSENSO INFORMATO

In relazione all'Informativa fornitami e del cui contenuto sono a conoscenza e dichiaro di aver compreso, esprimo il mio consenso nei casi richiesti dalla normativa vigente (rif.to Regolamento Generale sulla Protezione dei dati - Regolamento (UE) 2016/679).

Luogo _____ **data** _____

Firma _____