

Domanda n.

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72

Spettabile

Comune di _____

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA DI INTERVENTI ECONOMICI A FAVORE DELLE FAMIGLIE FRAGILI RESIDENTI IN VENETO – ANNO 2022

Deliberazione n. 1240 del 10/10/2022

Il/la sottoscritto/a _____ , sesso _____	
(cognome e nome del soggetto di riferimento; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)	
nato/a a _____ (_____), il ____/____/____	(_____) (_____)
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)	
residente nel Comune di _____ (_____)	
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)	
indirizzo _____ , n. _____	
codice fiscale _____	telefono ____/____
cittadinanza _____ e-mail _____	

CHIEDE

di essere ammesso/a AL PROGRAMMA DI INTERVENTI ECONOMICI STRAORDINARI A FAVORE DELLE FAMIGLIE FRAGILI RESIDENTI IN VENETO PER LE LINEE DI INTERVENTO ECONOMICO STRAORDINARIO SOTTO INDICATE come definite all'allegato A,

Linea n.1	Linea n.2	Linea n.3		
Famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori	Famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica	Famiglie con parti trigemellari	o	Famiglie con quattro o più figli, di cui almeno un minorenne

in qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale oppure di tutore nominato dall'organo giudiziario competente ed autorizzato ad incassare somme a favore dei minori;

oppure

se il richiedente non è il/la beneficiario/a, ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:
tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere

per il/la Sig./ra _____ , sesso _____

(cognome e nome del/la beneficiario/a; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (_____), il ____/____/____

(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (_____)

(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

indirizzo _____, n. _____
Codice fiscale _____ telefono ____/_____
cittadinanza _____ e-mail _____

A tal fine , ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

di essere residente nel territorio della Regione Veneto dal ____/____/____;

che il valore ISEE 2023 del nucleo familiare, in corso di validità, è pari a € _____;

che, alla data del {DATA_REQUISITI}, nel nucleo familiare sono presenti n. ____ figli minori di anni 18 (età compresa tra 0 e 17 anni);

che alla data del {DATA_REQUISITI} nel nucleo familiare è presente almeno un figlio certificato ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92;

solo per i cittadini non-comunitari: che ogni componente del nucleo familiare è in regola con le norme che disciplinano il soggiorno in Italia e che il numero di cittadini non comunitari è _____;

che è stata presentata esclusivamente la presente domanda dal nucleo familiare;

che i requisiti indicati sono posseduti alla data del {DATA_REQUISITI}, fatto salvo quanto riguarda la certificazione ISEE;

che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso.

(solo per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea compilare il punto appropriato) di essere in possesso di:

£ a) Permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;

£ b) Permesso di soggiorno;

£ c) Carta Blu UE

n. _____ rilasciato il ____/____/____ dalla questura di _____.

(Solo per i punti b) e c)) con scadenza ____/____/____ e di aver presentato richiesta di rinnovo, corredata dalla documentazione prescritta, con raccomandata del ____/____/____

Per la Linea di intervento n. 1: Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori

di essere stato nominato tutore dall'organo giudiziario competente ed autorizzato ad incassare somme a favore dei minori;

che i minori sono orfani di vittima di "femminicidio";

che alla data del {DATA_REQUISITI} i minori orfani nel nucleo familiare sono n. ____;

Per la Linea di intervento n. 2: Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica

di essere una famiglia di genitori separati o divorziati, con figli fiscalmente a carico;

oppure

di essere un nucleo monoparentale definito come segue: a) minori riconosciuti alla nascita da un solo genitore oppure b) un solo genitore, con uno o più figli minorenni, indicato nella certificazione ISEE oppure c) un solo genitore con ascendenti e/o parenti e con uno o più figli minorenni, indicato nella certificazione ISEE;

di essere in stato di gravidanza;

che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR;

Per la Linea di intervento n. 3: Interventi economici a favore di famiglie con parti trigemellari

che la propria è una famiglia nella quale sono avvenuti n. ____ parti trigemellari in cui tutti i gemelli alla data del {DATA_REQUISITI} non hanno ancora compiuto 18 anni;

che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR;

Per la Linea di intervento n. 3: Interventi economici a favore di famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro, di cui almeno 1 minorenne

che la propria è una famiglia numerosa nella quale i figli fiscalmente a carico, alla data del {DATA_REQUISITI}, sono in totale n. ____;

che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR.

DICHIARA ALTRESI

Dichiarazione prevista dalla Legge regionale 11 maggio 2018, n.16

(si raccomanda di prendere visione dell'intero testo della legge e di richiedere eventualmente copia del proprio casellario giudiziale alla Procura della Repubblica presso il tribunale prima di sottoscrivere la domanda)

di non avere riportato una o più condanne per delitti non colposi puniti con sentenza passata in giudicato, anche nel caso di applicazione della pena su richiesta delle parti, ai sensi degli articoli 444 e seguenti del codice di procedura penale, che da sole o sommate raggiungano:

- a) un tempo superiore ad anni due di reclusione, sola o congiunta a pena pecuniaria, con effetti fino alla riabilitazione;
- b) un tempo non superiore ad anni due di reclusione, sola o congiunta a pena pecuniaria, quando non sia stato concesso il beneficio della sospensione condizionale della pena, con effetti fino alla riabilitazione o alla dichiarazione di estinzione del reato per effetto di specifica pronuncia del giudice dall'esecuzione, in applicazione degli articoli 445, comma 2, e 460, comma 5, del codice di procedura penale;

di essere consapevole del fatto che nel caso previsto dalla lettera b) del precedente punto 1), la revoca della sospensione condizionale della pena comporta l'obbligo della restituzione del sostegno pubblico ricevuto;

di non essere soggetto destinatario di misure di prevenzione personale applicate dall'autorità giudiziaria, di cui al Libro I, Titolo I, Capo II del Decreto legislativo 6 settembre 2011 n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136", per gli effetti di cui all'art. 67, comma 1, lettera g), salvo riabilitazione.

CHIEDE

che l'eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale (non sono ammessi libretti di risparmio):

intestato/cointestato con il beneficiario dell'eventuale contributo. Indicare l'IBAN:

[illegible]

oppure

intestato ad un delegato alla riscossione del pagamento. Indicare l'IBAN:

[illegible]

Dati del delegato alla riscossione:

Cognome nome _____, sesso _____
nato/a a _____ (____), il ____/____/____
residente nel Comune di _____ (____)
indirizzo _____, n. _____
codice fiscale _____ telefono _____

Il/la sottoscritto/a inoltre

ID

PRENDE ATTO

che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;

che è applicabile quanto previsto dall'art. 1 della L.R. n. 2 del 7 febbraio 2018 relativamente a certificati o attestazioni rilasciati dalla competente autorità dello Stato estero;

che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. sopra citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76.

AUTORIZZA

il Comune ad accedere, anche con strumenti informatici, al Sistema Informativo ISEE (SII) gestito dall'INPS per prelevare la propria Dichiarazione ISEE (DSU) e la relativa Attestazione dell'Indicatore;

il Comune al trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), consapevole che i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla "Informativa generale privacy" ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R., come descritto nella sezione "Informativa sul trattamento dei dati personali" pubblicata sul sito istituzionale del Comune di _____.

ALLEGA

* documento non visibile in allegato alla presente domanda, ma risulterà comunque acquisito dal Comune.

fotocopia del documento di identità personale in corso di validità del beneficiario il contributo. PENA ESCLUSIONE;

fotocopia del documento di identità personale in corso di validità del richiedente il contributo (se richiedente diverso dal beneficiario). PENA ESCLUSIONE;

(solo per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea) fotocopia del permesso di soggiorno (o, se scaduto anche fotocopia della documentazione comprovante l'avvenuta richiesta di rinnovo), di tutti i componenti il nucleo familiare cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea. PENA ESCLUSIONE;

copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;

(solo se il richiedente non è il genitore o il tutore dei minori) copia del provvedimento di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno o procuratore; *

(solo nel caso in cui nel nucleo vi sia un figlio con certificazione di handicap ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92) certificazione rilasciata dalla competente commissione medica di accertamento dell'handicap ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92;*

(solo per i richiedenti la linea 1 - Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori) Copia del provvedimento di nomina a tutore attestante l'autorizzazione ad incassare somme e vincolo di destinazione a favore del minore; *

(solo per i richiedenti la linea 1 - Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori) Copia sentenza/atto/provvedimento relativi al "femminicidio"; *

(solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica) Copia dei provvedimenti emessi nel corso dei procedimenti di separazione, annullamento, scioglimento, cessazione degli effetti civili del matrimonio o unione civile, relativi a statuizioni di ordine personale/o patrimoniale tra i coniugi e nei confronti della prole e loro eventuali modificazioni; *

(solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica) Copia del certificato attestante la presenza di un riconosciuto disagio psicofisico, rilasciato dal SSR, a favore di un componente il nucleo familiare, intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria; *

(solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica) Certificato medico attestante lo stato di gravidanza; *

(solo per i richiedenti la linea 3 - Interventi economici a favore di famiglie con parti trigemellari o con numero di figli pari o superiore a quattro) Copia del certificato attestante la presenza di un riconosciuto disagio psicofisico, rilasciato dal SSR, a favore di un componente il nucleo familiare, intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria. *

(data sottoscrizione)

(firma del richiedente)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- ☒ sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____
(indicare il nome del dipendente addetto)
- ☒ consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato/a

☒ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____ data di scadenza __/__/____ rilasciato/a da _____, il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

____/____/_____
(data)

(timbro dell'ufficio e firma)

☒ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____ data di scadenza __/__/____ rilasciato/a da _____, il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il/la sig./ra _____ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

____/____/_____
(data)