Amministrazione destinataria

Comune di Ittiri

Ufficio destinatario

Settore Socio-Assistenziale, Culturale, Scolastico e Sportivo

Domanda di intervento ai sensi della Legge regionale 20/1997 "provvidenze a favore di persone residenti in Sardegna affette da patologie psichiatriche", modificata dall'art.33 della Legge regionale 2/2007

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di

Ruolo

- ○ destinatario del beneficio
- ○ titolare della responsabilità genitoriale
- ○ amministratore di sostegno/tutela

  Pertanto allega la copia del decreto di nomina in corso di validità
- ○ familiare o persona delegata

  (in possesso di delega formale da parte del destinatario)

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Pertanto allega copia dell'atto di delega e documenti di identità del destinatario del beneficio

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione per l'annualità in corso, del sussidio economico di cui all'art.4 della Legge regionale 20/1997

Soggetto interessato

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

☑ di essere in carico presso

○ il servizio di neuropsichiatria (per i minori)

Denominazione

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Dottore di riferimento

○ il centro di salute mentale (per gli adulti)

Denominazione

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Dottore di riferimento

☑ che l'erogazione del sussicio economico è legato alla sottoscrizione di un progetto abilitativo, motivandolo in accordo con le strutture sanitarie di riferimento

☑ che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito annuo netto
				€
				€
				€
				€
				€

Anno di riferimento	Totale reddito annuo netto
	€

☑ di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali/regionali

- [x] di aver presentato dichiarazione dei redditi del nucleo, riferita all'anno antecedente la richiesta dell'intervento
- [x] che il beneficiario del sussidio percepisce

- [ ] pensione di invalidità

Anno di riferimento	Importo		Numero mesi	Totale annuale
		€		

- [ ] indennità di frequenza

Anno di riferimento	Importo		Numero mesi	Totale annuale
		€		

- [ ] indennità di accompagnamento

Anno di riferimento	Importo		Numero mesi	Totale annuale
		€		

- [ ] reddito di inclusione sociale (REIS)

Anno di riferimento	Importo		Numero mesi	Totale annuale
		€		

- [ ] assegno di inclusione (ADI) / supporto formazione e lavoro (SFL)

Anno di riferimento	Importo		Numero mesi	Totale annuale
		€		

- [ ] assegno di mantenimento, rendita INAIL, ecc..

Anno di riferimento	Importo		Numero mesi	Totale annuale
		€		

- [x] di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione
- [x] il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo		Data di rilascio	Data di scadenza
	€		

CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

- ○ accredito su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario | **Nome intestatario**

- ○ accredito su carta prepagata

Codice IBAN

Cognome intestatario | **Nome intestatario**

- ○ rimessa diretta

(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [x] copia del certificato medico specialista (modulo A) rilasciato dal competente servizio pubblico sanitario che ha in carico il beneficiario
- [x] certificazione ISEE in corso di validità
- [x] copia del modello ObisM dell'annualità in corso
  (scaricabile dal sito dell'INPS)
- [x] documentazione attestante i redditi percepiti dal nucleo familiare (730, modello unico, CUD)
- [ ] copia del decreto di nomina dell'amministratore di sostegno in corso di validità
- [ ] copia dell'atto di delega e del documento di identità del destinatario del piano
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Ittiri		