



COMUNE DI COCCAGLIO

UFFICIO SERVIZI SOCIALI



Spett.le COMUNE DI COCCAGLIO
Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA DI ACCESSO AL SEGUENTE BENEFICIO:

A favore di _____
Cognome Nome

- Assegnazione biciclette facente parte del patrimonio pubblico ai sensi degli art. 927/931 del codice civile – delibera di G.C. n. 112 del 9/9/2009;
- Contributo economico* (allegare documentazione richiesta sotto riportata evidenziata con *);
- Anticipazione economica con recupero;
- Contributo Miglorie Abitative per acquisto _____;
- Contributo ticket sanitari;
- Integrazione retta per frequenza servizi diurni o residenziali;
- Pasti a domicilio dal _____ 7gg 6gg 5 gg;
Solo pranzo Pranzo + cena Persone n. _____
- Progetto sicurezza anziani;
- Servizio di assistenza domiciliare;
- Servizio di educativa domiciliare;
- Telesoccorso;
- Pannolini Lavabili;
- Altro _____

A tal fine rende la seguente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

residente a _____ prov. _____ (c.a.p.) _____ Via/P.za _____ n° _____

Codice fiscale _____ Stato Civile _____ Professione _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

Email _____ Fax _____

Il/La sottoscritto/a, consapevole che, ai sensi dell'articolo 75 del D.P.R. 445/00, qualora emerga la non veridicità sul contenuto di questa dichiarazione, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ed incorre nelle sanzioni penali prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 secondo cui chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato Testo Unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

A) di essere nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____;

B) di essere residente a Coccaglio da almeno 5 anni: SI' dal ____/____/____ NO;

C) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

	Cognome e nome	Rapporto di parentela con il richiedente	Luogo e Data di nascita	Professione / Scuola Frequentata
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

D) di avere un reddito ISEE pari a € _____;

E) di voler effettuare il pagamento/riscuotere il beneficio/contributo:

€ presso la Tesoreria Comunale della Banca Popolare di Sondrio;

€ accredito/addebito sul conto corrente bancario (conto intestato o cointestato al beneficiario della prestazione):

CODICE IBAN : IT

BANCA _____ FILIALE di _____

F) di assumere l'onere di comunicare al Comune di residenza ogni eventuale modificazione e il venir meno delle condizioni che legittimano al beneficio pena l'applicazione di sanzione dell'immediata cessazione del beneficio stesso;

Il/La Sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite. Con la presente sottoscrizione, inoltre, espressamente, autorizza il comune di Coccaglio ad effettuare tutti gli accertamenti necessari sulla situazione socio-economica del proprio nucleo familiare come sotto specificato.*

INVIO COMUNICAZIONI

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa al procedimento venga notificata al seguente indirizzo (**DA COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA**)

Cognome _____ e _____ Nome _____

Via/P.za _____ n. _____ CAP _____

Comune _____ prov. _____ Tel _____

Il/La Sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati contenuti nelle dichiarazioni rese per le finalità del procedimento per il quale sono richieste e le modalità di servizio, ai sensi delle disposizioni di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali emanato con D.Lgs. n. 196 del 30/6/2003.

Coccaglio, il ____/____/____

Letto, riconfermato e sottoscritto.

IL DICHIARANTE
(Firma Leggibile)

*

- verifica della composizione del nucleo familiare dichiarato tramite l'accesso al sistema informatico anagrafico;
- verifica della veridicità della dichiarazione degli immobili posseduti di tutto il nucleo familiare su tutto il territorio nazionale, tramite l'accesso al sistema informatico dell'Agenzia del Territorio;
- verifica dei redditi dichiarati tramite il collegamento telematico con l'INPS e l'anagrafe tributaria;
- verifica presso l'Ufficio Polizia Locale dei dati dichiarati riguardanti gli automezzi e motomezzi posseduti dall'utente e dagli altri componenti il nucleo familiare;
- ulteriori eventuali controlli presso uffici comunali o altre amministrazioni;

Gli Uffici Comunali possono chiedere al beneficiario della prestazione o del contributo la idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e veridicità dei dati anche al fine della correzione di errori materiali.

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- 1- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'EVENTUALE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE (ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/00);
- 2- FOTOCOPIA CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E DELL'EVENTUALE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE;
- 3- COPIA ATTESTAZIONE ISEE;
- 4- **PER ASSEGNAZIONE BICI:** Copia denuncia Carabinieri o Polizia Locale;
- 5- **PER CONTRIBUTO MIGLIORIE ABITATIVE:** Preventivo di spesa corredato dall'autorizzazione scritta da parte dell'Ufficio Tecnico comunale;
- 6- **PER PROGETTO SICUREZZA ANZIANI:** Denuncia ai Carabinieri effettuata nei 15 giorni precedenti alla presentazione della domanda;
- 7- **PER PANNOLINI LAVABILI:** Copia della documentazione comprovante il pagamento degli stessi;

ALLEGATO 1

ASSEGNAZIONE BICICLETTE PATRIMONIO PUBBLICO

Il sottoscritto dichiara di avere subito negli ultimi due anni n° ___ furti di velocipedi documentati dalla denuncia/e alle Autorità di Polizia allegata/e alla presente.

IL DICHIARANTE

(Firma Leggibile)

PER RICEVUTA BICI:

Data _____

Firma di chi consegna

Firma per ricevuta

ALLEGATO 2

PROGETTO SICUREZZA ANZIANI

Io sottoscritto dichiaro:

Che il giorno _____ alle ore _____

€ ho subito un furto di denaro per un ammontare di € _____

€ ho subito un furto/ scippo dei documenti.

€ ho subito un furto con scasso, a seguito del quale si è reso necessario l'intervento di fabbro, falegname, elettricista ed idraulico.

€ ho subito un furto, a seguito del quale l'anziano si trovi in situazione di immobilità e necessiti di assistenza per la cura della persona e per le attività quotidiane.

€ ho sostenuto le spese sanitarie e riabilitative per un ammontare di € _____

Note eventuali _____

Per la richiesta dei punti 4. e 5. mi impegno a consegnare la documentazione attestante le condizioni/ spese dichiarate.

IL DICHIARANTE

(Firma Leggibile)

ALLEGATO 3

SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Patologia _____

Disabile (L.104) SI NO

Invalido civile SI %____ NO

Indennità di accompagnamento: SI NO

Esenzione tickets: SI NO

Già in carico presso Servizi SocioSanitari SI NO

Già in carico presso Servizi Sanitari SI NO

Medico curante: _____

Codice sanitario: _____

SERVIZIO RICHIESTO Segnare con "1" principale e "2" secondario:

- Aiuto diretto alla mobilità
- Disbrigo delle faccende domestiche, pulizia dell'ambiente, riordino e cambio della biancheria

Parenti di riferimento: _____

NOME E COGNOME _____

VIA _____ N. _____

COMUNE _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ mail _____

Comunicazioni inviare a : _____

IL DICHIARANTE
(Firma Leggibile)

ALLEGATO 4

RICHIESTA CONTRIBUTI

1. SITUAZIONE LAVORATIVA E PENSIONISTICA - REDDITUALE DEL NUCLEO

	Occupato (attività lavorativa anche temporanea, TIPO DI CONTRATTO)	Disoccupato (centro per l'impiego a cui è iscritto)	PENSIONATO (Ente erogatore, n. pensione)	Altre fonti di reddito (compresi i redditi non imponibili: pensioni invalidità, alimenti, accompagnamento et.)	IMPORTO MENSILE NETTO PERCEPTO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

2. SITUAZIONE PATRIMONIALE

Patrimonio mobiliare del nucleo familiare

- Depositi o conti correnti bancari e simili

SÌ NO

Ammontare _____

- Investimenti mobiliari (comprese assicurazioni)

SÌ NO

Ammontare _____

Automobili, motocicli o natanti di proprietà a membri del nucleo familiare:

Tipologia	Cilindrata	Anno di immatricolazione	Assicurazione annua

3. SITUAZIONE ABITATIVA

➤ L'abitazione in cui risiede il nucleo è detenuta a titolo di

- Proprietà - Rata Mutuo mensile _____
- Locazione - Canone mensile di locazione _____
- Altro _____

Altre proprietà immobiliari in capo a componenti del nucleo

- Spese condominiali Annuali : Euro _____
- Spese per utenze annuali (oppure importi ultime bollette): Euro _____

	Importo bollette	Intestatario	Periodo	Codice cliente
GAS				
ACQUA				
ENEL				
ALTRO				

4. SPESE SOSTENUTE

➤ Spese Documentabili per prestazioni assistenziali e/o sanitarie (esempio spese sostenute per frequenza CSE / SFA / Centri Diurni o strutture residenziali):

- Sostenute nell'ultimo anno : Euro _____
- Attuali : Euro _____

➤ Spese scolastiche:

Minore	Classe	Costo libri	Mensa	Scuola materna	Trasporto scolastico

- Eventuali rate contratte per debiti o prestiti:

Componente	Importo e istituto	Rata mensile	Causale

5. CONTRIBUTI O BENEFICI ECONOMICI RICEVUTI NELL'ANNO:

Tipologia contributo	Anno erogazione	SI	NO	Procedura in corso	Ammontare in euro
Dote Scuola					
Borse di studio					
Contributi straordinari					
Anticipazioni con recupero					
Bando Crisi					
Progetto Sicurezza					
Contributo anziani non auto					
Migliorie Abitative					
Integrazione retta per inserimento in servizi diurni o residenziali					
Riduzione retta scuola materna					
Assegno di maternità					
Assegno per il nucleo familiare					
Fondo Sostegno Affitti					
Ticket Alimentari					
Social Card					
Bonus Gas o Energia					
Buoni distrettuali					
Fondi o contributi erogati da Fondazioni o enti privati					
Altro					

6. ALTRI DATI:

- Presenza di disabili nel nucleo familiare certificati con L. 104 o con verbale di invalidità:

SI NO

Numero di componenti _____

Percentuale di invalidità _____

Accompagnamento SI NO

Coccaglio, lì _____

Letto, riconfermato e sottoscritto

IL DICHIARANTE

(Firma Leggibile)

ALLEGATO 5

RICHIESTA INTEGRAZIONE RETTA RSA E CDI