



Comuni di Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme, Chianni, Crespina, Lajatico, Lari, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, S. Maria a Monte, Terricciola e Azienda USL n.5

ZONA VALDERA

Provincia di Pisa

Modulo di domanda per l'accesso alle prestazioni e ai servizi sociali

Al Presidio Distrettuale di _____

oppure

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Provincia _____ il | _____ | _____ | _____ | e residente a _____

in Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

cittadinanza _____

Codice Fiscale

Documento di riconoscimento: tipo _____ N. _____

rilasciato da _____

Assistente sociale di riferimento: _____

CHIEDE

A nome proprio

Per conto del/della Sig./ra _____, nato/a
a _____ il _____ e residente
a _____ in Via/Piazza _____
c.f.: _____
(munito/a di specifica delega e fotocopia del documento di identità del beneficiario)

la concessione dell'intervento sociale sotto specificato:

* **Sostegno Economico**

Contributo economico continuativo

Contributo economico straordinario (una-tantum)

Contributo economico per situazioni di urgenza

Buono spesa alimentare

Buono spesa sanitario (cd. *esenzione ticket*) (allegare specifica autocertificazione)

Bonus acqua (allegare specifica autocertificazione)

Anticipo del contributo per l'affitto

* **Servizio di Assistenza Domiciliare per famiglie che utilizzano servizi prolungati di assistenza domiciliare**

Assistenza indiretta tramite erogazione di buoni servizio

* **Servizi Residenziali**

Integrazione retta per ricovero autosufficienti

* **Altro**

Trasporto sociale (allegare specifica autocertificazione e documentazione)

Trasporto sociale scolastico per la frequenza alla seguente scuola

Esenzione o riduzione dal pagamento dei seguenti servizi comunali (non specificatamente disciplinate da apposito regolamento) :

Inoltre il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

⇒ SITUAZIONE FAMILIARE E REDDITUALE

che alla data odierna i componenti del nucleo familiare sono quelli specificati nella D.S.U. allegata alla presente domanda;

oppure (in caso di difformità della situazione anagrafica attuale dalla DSU)

che alla data odierna i componenti del nucleo familiare sono i seguenti:

indicare il numero dei componenti=.....

di cui minori n....._____

di cui ultrasessantacinquenni_____

che il proprio ISEE, relativo ai redditi percepiti nell'anno precedente, ammonta a Euro

che i redditi non soggetti a I.R.P.E.F. (invalidità civile, ecc.) percepiti nell'anno in corso dal nucleo familiare così come risultante alla data odierna, sono i seguenti:

⇒ SITUAZIONE LAVORATIVA

che le condizioni lavorative o di non occupazione indicate nella D.S.U. persistono alla data odierna;

oppure

che le condizioni lavorative o di non occupazione del nucleo familiare così come risultante alla data odierna, sono le seguenti:

di essere iscritto all'ufficio provinciale per l'impiego di _____;

⇒ **NOTIZIE GENERALI**

di possedere i seguenti veicoli (*indicare tipo, anno di immatricolazione, anno di acquisto e intestazione in riferimento a ciascun componente il nucleo familiare così come risultante alla data odierna*):

⇒ **EVENTUALI ALTRE CONDIZIONI PARTICOLARI, UTILI DA EVIDENZIARE:**

INDICA

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

se medesimo;

il/la Sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ Via/Piazza

_____ c.f.: _____

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

MODALITA' DI RISCOSSIONE:

accredito su conto corrente (indicare banca e codice IBAN):

riscossione presso tesoreria Unione (indicare agenzia bancaria o ufficio postale)

DICHIARA inoltre

a) di accettare tutte le disposizioni contenute nel Regolamento per i servizi sociali e socio-sanitari nonché nei relativi disciplinari di funzionamento, ed in particolare che:

- le soglie di accesso non rappresentano un requisito di automatico diritto alla prestazione, in quanto la condizione economica non costituisce fattore unico ed essenziale per l'erogazione del contributo e/o di qualsiasi altro intervento di assistenza sociale;

- possono essere attivati interventi in deroga alla condizione economica o con compartecipazioni diverse da quelle stabilite nei disciplinari di servizio solo in casi eccezionali debitamente motivati dall'Assistente Sociale;

- possono essere valutate, eventuali variazioni della condizione socio-economica non ancora documentabili attraverso l'I.S.E.E., ma comunque accertate e relative a nuovi eventi;

- i benefici saranno altresì sottoposti a rideterminazione nel caso di comunicazione di variazione della situazione economica e/o della composizione del nucleo familiare che comportino una conseguente modifica dell'I.S.E.E., calcolato mediante presentazione di una nuova D.S.U., oppure sulla base di revisioni d'ufficio (la nuova D.S.U. sostituirà quella precedente, con decorrenza dal mese successivo a quello di rilascio dell'attestazione da parte dell'I.N.P.S.);

- l'accesso alle prestazioni e ai servizi sociali avverrà in relazione ai bisogni rilevati, nel rispetto del principio di priorità, e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili;

- i tempi per l'istruttoria della pratica e la conclusione del procedimento decorrono dal giorno di presentazione della domanda completa di tutti gli allegati richiesti e specificatamente indicati nei disciplinari del servizio.

b) di essere a conoscenza che se la D.S.U. non contiene i dati sulla situazione reddituale relativi all'anno solare precedente quello della presentazione della dichiarazione, può essere richiesto un aggiornamento della dichiarazione stessa.

c) di essere consapevole che ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 saranno effettuati idonei controlli, secondo le Leggi vigenti ed in conformità al Regolamento I.S.E.E., sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate (I controlli saranno diretti anche ad accertare sia la veridicità delle informazioni fornite presso gli Istituti di Credito e gli altri Intermediari Finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D. Leg.vo n. 109/1998 e dell'art. 6 comma 3 del D.P.C.M. n. 221/1999 e successive modificazioni, nonché la veridicità della situazione familiare dichiarata, sia ad effettuare confronti dei dati reddituali/patrimoniali con quelli in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze) e ferme restando le sanzioni penali previste dal D.P.R. suddetto, qualora dal controllo emerga la non veridicità della dichiarazione effettuata, il dichiarante decade dal beneficio eventualmente conseguente al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e le somme indebitamente percepite saranno recuperate dall'Amministrazione Comunale.

e) di autorizzare il trattamento dei dati personali forniti, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

A L L E G A

alla domanda la seguente documentazione

- Attestazione I.S.E.E. e relativa D.S.U. del richiedente la prestazione, in corso di validità;
- Certificazioni attestanti redditi non soggetti a I.R.P.E.F. (*se percepiti nell'anno in corso*);
- Eventuale dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (*per attestare notizie non comprese nella presente modulistica*);
- Accertamento dello stato di invalidità e/o dello stato di handicap
- Specifica autocertificazione per richiesta esenzione ticket sanitario
- Specifica autocertificazione per richiesta trasporto sociale
- Contratto di assunzione dell'assistente familiare
- Eventuale ulteriore documentazione (*specificare*) _____

Data _____

Firma _____

Nell'impossibilità di firma da parte del beneficiario:

firma del familiare o del tutore

spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art. 38, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

- è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;
- è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data _____

Firma dell'Assistente Sociale/del Dipendente dell'Ente Pubblico che riceve la domanda

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

D.P.R. 28.12.2000 n.445

Al _____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.

Data

Firma leggibile

N.B: L'Amministrazione si riserva di effettuare dei **controlli**, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;

è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data _____

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione _____

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per richiesta di esenzione dal pagamento del ticket sanitario

D.P.R. 28.12.2000 n.445

Al _____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/_____
residente a _____ Provincia _____
in via/piazza _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nel proprio nucleo familiare sono presenti/non sono presenti le persone previste dalla circolare n.1 del 23.06.2000 della Regione Toscana "Assistenza sanitaria in regime ambulatoriale" che individua i soggetti esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria:

a) **cittadini di età inferiore a 6 anni e di età superiore a 65 anni**, purché appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo familiare annuo non superiore Euro 36.151,98 (Legge n.537/93 e successive modifiche ed integrazioni) SI NO

b) **titolari di pensione minima di età superiore ai 60 anni ed i familiari a carico** purché il reddito complessivo del relativo nucleo familiare, riferito all'anno precedente, sia inferiore a Euro 8.263,31, incrementato fino a Euro 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori Euro 516,46 per ciascun figlio a carico.) SI NO

c) **titolari di pensione sociale (assegno sociale) ed i familiari a carico** (Legge 549/95).) SI NO

d) **disoccupati e i familiari a carico** purché il reddito complessivo del nucleo familiare sia inferiore a Euro 8.263,31 incrementato fino a Euro 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori Euro 516,46 per ciascun figlio a carico. La condizione di disoccupazione deve essere riferita al momento in cui si usufruisce della prestazione mentre il reddito di riferimento è quello dell'anno precedente. Si considera disoccupato il soggetto che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione del rapporto a tempo determinato o del contratto) un'attività di lavoro dipendente o autonomo (con svolgimento della precedente attività lavorativa in forma autonoma per un periodo non inferiore ai 3 anni) e sia iscritto all'elenco anagrafico dei lavoratori in attesa di nuova occupazione (Centro per l'impiego competente) - (Legge 549/95 - D.Lgs 181/2000).) SI NO

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.

Data _____

Firma leggibile _____

spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;

è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data _____

Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione _____

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

N.B: L'Amministrazione si riserva di effettuare dei **controlli**, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per richiesta trasporto sociale

D.P.R. 28.12.2000 n.445

Al _____

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____/____/____|

residente a _____ Provincia _____

in via/piazza _____ n. _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazione non veritiera o incompleta (*barrare la voce che interessa*):

di essere persona **disabile in "situazione di gravità"**, riconosciuta ai sensi della Legge 104/92 non avente altre alternative familiari per la mobilità;

di persona con disabilità ex L.104/92, **o invalida civili con una limitazione pari almeno a due terzi delle capacità (75%)**. (*la presente condizione permette l'accesso al servizio di trasporto sociale limitatamente alla frequenza ai centri diurni pubblici per disabili e per la partecipazione ai progetti specifici di socializzazione e occupazionali predisposti dall'ASL*);

di essere genitore/tutore di persona in **età evolutiva** (per la quale si chiede il servizio) **con disabilità** ex L.104/92 in situazione di gravità o in possesso di una certificazione ai sensi del DPCM 185/06, anche deambulante, non avente altre alternative familiari per la mobilità.

di essere persona **ultrasessantacinquenne** non o parzialmente deambulante o affetta da gravi demenze senili/Alzheimer, avente particolari condizioni di solitudine e/o di difficoltà economiche e non avente altre alternative familiari o di servizi pubblici per la mobilità.

di essere persona **momentaneamente non deambulante** e priva di assistenza familiare e non avente altre alternative per la mobilità.

DICHIARA ALTRESI'

che trattasi di viaggio:

occasionale per il giorno _____

routinario per i seguenti giorni: _____

di necessitare di auto:

attrezzata per il trasporto di disabili senza ausili

di necessitare di accompagnatore

di indicare la seguente motivazione del trasporto (specificare inoltre il luogo da raggiungere e l'orario) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.

Data _____

Firma leggibile _____

spazio riservato all'ufficio

A norma dell'art.38, D.P.R. 28.12.2000 n.445, la presente richiesta (e le dichiarazioni in essa contenute):

è stata sottoscritta dall'interessato in mia presenza;

è pervenuta a mezzo posta, ovvero è stata presentata da altro incaricato, con allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

Data _____ Firma del dipendente addetto a ricevere la documentazione _____

N.B. qualora la dichiarazione dovesse essere presentata da incaricato o a mezzo posta, DEVE essere allegata la fotocopia di un documento di identità del dichiarante. L'Amministrazione si riserva di effettuare dei **controlli**, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000).