

AL COMUNE DI TRAPANI

IV Settore Servizi Sociali

Assistenza domiciliare Anziani	☐
Assistenza Domiciliare Handicap	☐
Ricovero minori/anziani/inabili/	☐
Contributo Affitto regionale anno	☐
Assistenza Economica.....	☐
Assegno maternità	☐
Assegno nucleo familiare	☐
Servizi per il trasporto urbano/extraurbano	☐
Esonero/Riduzione Imposta..... anno	☐
Servizi del Piano di Zona.....	☐
Altro.....	☐

Riservata all'Ufficio

Prot. n. del

Richiedente _____

Assegnatata a _____

Servizio _____

**n.b. Il presente stampato di autocertificazione dovrà essere completato in ogni sua parte
La mancata compilazione delle voci indicate con i numeri 1-2-3-4-5-6 o la mancata produzione in allegato della
documentazione indicata alle lettere a-b-c comporterà l' archiviazione della istanza**

Il/la sottoscritt_____ nat_ a _____ il _____

Residente nel Comune di Trapani dal _____ via _____ n° _____

(oppure) attualmente domiciliato in via _____ n° _____ C.F. _____

Tel./cell. _____ email _____ @ _____

CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio per:

☐ Assistenza domiciliare Anziani

☐ Assistenza Economica.....

☐ Assistenza Domiciliare Handicap

☐ Ricovero minori/anziani/inabili/

☐ Contributo Affitto regionale anno 201.....

☐ Assegno maternità

☐ Assegno nucleo familiare

☐ Servizi per il trasporto urbano/extraurbano

☐ Esonero/Riduzione Imposta.....anno.....

... ☐ Servizi del Piano di Zona.....

☐ Altro.....

ai sensi degli articoli 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445, e s.m.i. recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

DICHIARA

1. Di essere ☐ solo/a ☐ coniugato/convivente

☐ separato/a di fatto dal/la sig/ra.....

☐ separato legalmente dal/dalla sig./sig.ra.....

☐ inserito nel nucleo familiare di.....dal.....

2. Di abitare in casa di:

☐ proprietà di complessivi mq _____ ubicata in via _____ n° _____

☐ affitto (allegare copia del contratto di locazione e, nel caso di richiesta per contributo affitto, specificare la strada in cui detto alloggio è ubicato via/piazza e dichiarare, barrando la casella, se l'alloggio possiede caratteri tipologici comparabili a quelli dell'edilizia residenziale pubblica **SI** ☐ **NO** ☐

☐ comodato gratuito

☐ altro (**specificare**).....

☐ di tipo popolare

3. ☐ Di non essere proprietario di beni immobili ☐ Di essere proprietario di n° _____ beni immobili

Se proprietario di beni immobili barrare: ☐ adibito ad abitazione principale ☐ adibito ad altro uso _____

☐ Di essere proprietario di n° _____ beni immobili non commerciabili (**come da allegata documentazione**)

4. Che **in atto** il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela

Nel nucleo familiare sono presenti n°componenti con handicap permanente o grave superiore al 66% giusta certificazione rilasciata da.....

5. Che il proprio nucleo familiare nell'anno precedente..... ha percepito un reddito complessivo annuo, **(a qualsiasi titolo percepito)** di €.....rinveniente da (possono essere barrate più caselle):

Persone INPS lavoratori

dipendenti ☐ Pensione sociale

☐ Pensione di invalidità

☐ Indennità di accompagnamento

☐ Indennità di disoccupazione/ altro

similare ☐ Indennità di frequenza

☐ Lavoro

dipendente ☐

Lavoro saltuario

☐ Lavoro autonomo

☐ Assegno di mantenimento del coniuge

☐ Altro (specificare la tipologia).....

6. Che il proprio nucleo familiare alla data odierna gode di un reddito **mensile (a qualsiasi titolo percepito)** di €.....
Rinveniente da.....

7. Che il richiedente e/o i componenti del nucleo familiare nell'anno hanno percepito i seguenti benefici/servizi erogati dal Comune di Trapani o da altri Enti (possono essere barrate più caselle):

☐ Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani

Handicap ☐ Accoglienza Alloggiativa temporanea

☐ Trasporto gratuito (ATM/AST/ Centri di riabilitazione)

☐ Semiconvitto/ convivito (minori)

(anziani/disabili) ☐ Bonus Socio-Sanitario

☐ Bonus Energia elettrica ☐ Bonus Gas

☐ Servizio di Assistenza Domiciliare

☐ Esonero/Riduzione Imposta anno.....

☐ Progetti del Piano di Zona.....

☐ Ricovero in istituto/comunità

☐ Inserimento in progetti di sostegno al reddito:(specificare la tipologia e l'importo complessivo):

- | | |
|---|---------|
| • Progetto art.10 | € |
| • Progetto art.7 | € |
| • Borse Lavoro Piano di Zona | € |
| • Buono casa Piano di Zona | € |
| • Vouchers Piano di Zona | € |
| • Altri Progetti del Piano di Zona (specificare il progetto)..... | € |
| • Contributo Economico Continuativo | € |
| • Contributo Economico Abitativo | € |
| • Contributo Affitto Regionale anno 201.. | € |
| • Contributo Economico Straordinario urgente/ malattia/farmaci/spese funerarie/perdita alloggio | € |
| • Assegno di Maternità | € |
| • Assegno Nucleo Familiare | € |
| • Contributo Economico Portatori di Handicap | € |
| • Contributo Scolastico | € |
| • Altro | € |

Si allegano (barrare gli allegati):

(a) Fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;

(b) Attestazione ISEE definitiva relativa ai redditi **anno precedente a quello dell'istanza** in corso di validità e/o Dichiarazione dei redditi, Modello CUD, Modello 730,Unico e/o Certificati di pensione **anno precedente a quello dell'istanza**;

(c) *eventuale* Documentazione attestante la non commerciabilità del/i bene/i immobile/i diverso/i dalla casa di proprietà abitata dallo stesso richiedente;

(d) *eventuale* Documentazione ritenuta utile ai fini di comprovare la condizione di disagio per cui si richiede il beneficio (contratto di locazione valido, certificati medici, altro....).....

Recapito presso cui il dichiarante desidera ricevere comunicazioni via.....n°.....

(ogni modifica dell'indirizzo dovrà essere tempestivamente comunicata all'Uffici. L'Ufficio non risponderà per mancato recapito di corrispondenza derivante da comunicazione dell'indirizzo inesatta, incompleta o non più attuale)

.....sottoscritt,consapevole delle responsabilità penali e civili, dichiara- ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n.445 - che quanto contenuto nella presente dichiarazione sostitutiva unica è vero ed è documentabile su richiesta dell'A.C. ovvero è dalla stessa accertabile.

Dichiara altresì di essere consapevole che i benefici riscossi indebitamente su base di dichiarazione mendace, dovranno essere rimborsati all'A.C.

Autorizza infine, ai sensi della legge n.675/96 e s.m.i. il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, solo per le procedure necessarie all'istruzione e alla definizione della stessa.

Trapani li.....

Il /La Dichiarante.....

La presente dichiarazione è resa nell'interesse del sig.....che si trova in situazione di impedimento o di incapacità – giusta

Il /la Dichiarante.....

AVVERTENZE

Sulla veridicità delle dichiarazioni rese in autocertificazione l'Amministrazione Comunale si riserva di effettuare ai sensi degli artt.71 e 72 del DPR n°445/2000 i controlli, anche a campione, rispetto a quanto riportato nella presente dichiarazione sostitutiva.

Ai sensi dell'art.75 del DPR n°445/2000 qualora dai controlli effettuati dall'A.C. emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

INFORMATIVA resa ai sensi del d.lgs n.196/03 art.13. L'Amministrazione Comunale di Trapani informa che i dati conferiti con la presente dichiarazione saranno utilizzati dai Servizi Sociali al solo fine della definizione del procedimento amministrativo relativo all' istanza; che gli stessi dati saranno trattati con modalità informatiche e manuali dal relativo Responsabile del Procedimento il cui elenco è consultabile sul sito www.comune.trapani.it ; che il conferimento dati è obbligatorio e che il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art.7 del d.lgs 196/2003.

Titolare del trattamento è il Comune di Trapani- piazza V. Veneto n.1- Responsabile del trattamento Dott.ssa Francesca Billeci

Il /La Dichiarante_____

NOTE_____
