



**Al Sig. Sindaco  
Comune di Silius  
Via Aldo Moro, 14  
09040 Silius (SU)**

**OGGETTO: L.R. 23/2005 - RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO PER PERSONE O NUCLEI IN STATO DI BISOGNO.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in SILIUS (SU) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
telefono fisso n. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

A conoscenza che:

1. la Pubblica Amministrazione può raccogliere dati personali per il perseguimento di finalità istituzionali, nonché quelle specifiche socio-assistenziali, secondo quanto previsto dal Codice della Privacy (D.lgs. 196/2003);
2. la persona e/o il nucleo familiare che si trovano in stato di bisogno e non sono in grado di provvedere al proprio mantenimento, possono chiedere gli alimenti ai propri familiari obbligati a prestarli ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile;

#### CHIEDE

per sé medesimo

Oppure in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune di SILIUS (SU) in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Amministratore di sostegno in virtù del Decreto di nomina del (inserire la data) \_\_\_\_\_ (di cui si allega copia) dell'assistito  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente nel Comune  
di SILIUS (SU) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Barrare e completare la voce che interessa:

- 1)  l'erogazione di un contributo economico assistenziale **continuativo** per \_\_\_\_\_
- 2)  l'erogazione di un contributo economico assistenziale **straordinario** per :  emergenza abitativa  
 eventi luttuosi  
 particolari spese legate alla stagione invernale, all'emergenza calore  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_
- 3)  l'erogazione di un contributo **per inserimento in struttura residenziale** presso la/il (inserire la denominazione)  
\_\_\_\_\_ di (inserire l'indirizzo e la sede) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con retta giornaliera pari a € \_\_\_\_\_ (specificare e allegare la documentazione rilasciata dalla struttura)
- 4)  l'erogazione di un contributo per figlio minore riconosciuto da un solo genitore

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, di altre providenze non veritiere, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 556 del 28 dicembre 2000

#### DICHIARA

- 1)  di essere nato a \_\_\_\_\_ /che il/la sig. \_\_\_\_\_ è nato a \_\_\_\_\_;
- 2)  di essere residente a **Silius/** che il/la sig. \_\_\_\_\_ è residente a **Silius**;
- 3)  che il proprio nucleo familiare /che il nucleo familiare del/la sig. \_\_\_\_\_ è così composto:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela

4)  che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) relativa al proprio nucleo familiare/al nucleo familiare del/la sig. \_\_\_\_\_, IN CORSO DI VALIDITA' è pari a € \_\_\_\_\_;

5) Che il proprio nucleo/il nucleo del/la sig. \_\_\_\_\_ beneficia inoltre dei seguenti redditi ESENTI IRPEF pertanto non rilevabili dalla certificazione ISEE:

- assegno di accompagnamento
- pensione di invalidità civile
- provvidenze economiche (assegni) derivanti da patologie riconosciute dalla Regione Autonoma della Sardegna
- rendite INAIL
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

6) che i componenti il proprio nucleo familiare/il nucleo familiare del/la sig. \_\_\_\_\_ sono in possesso dei seguenti beni mobili di rilevante valore economico

- automobili
- 1.  moto, minimoto
- camper
- aeromobili
- 2.  natanti
- altro (indicare) \_\_\_\_\_

7) che il proprio nucleo familiare/il nucleo familiare del/la sig. \_\_\_\_\_ ha sostenuto le seguenti spese:

Indicare la natura della spesa	Indicare l'importo complessivo
<input type="checkbox"/> Spese sanitarie	€
<input type="checkbox"/> Spese derivanti da eventi luttuosi	€
<input type="checkbox"/> Spese legate alla stagione invernale	€
<input type="checkbox"/> Locazione*	€
<input type="checkbox"/>	€
<input type="checkbox"/>	€

\*Dati relativi alla locazione

Numero del contratto	n.
Data della registrazione	ll
Intestatario dell'immobile	Sig.
Indirizzo dell'abitazione (Via e numero civico)	Via
Canone mensile	€
Spese condominiali	€

8)  di non avere familiari/ che il/la sig. \_\_\_\_\_ non ha familiari (coniuge, figli, genitori, generi e nuore, suoceri, fratelli) ai quali possono essere richiesti il mantenimento e gli alimenti;

9)  di avere chiesto ai seguenti familiari/ che il/la sig. \_\_\_\_\_ ha chiesto ai seguenti familiari (coniuge, figli, genitori, generi e nuore, suoceri, fratelli) il mantenimento e gli alimenti con ESITO NEGATIVO DA PARTE DEL TRIBUNALE come da documentazione allegata;

Cognome	Nome	Data di nascita	Residenza	Parentela	Professione o attività svolte	Situazione socio-sanitaria	ISEE

10) che il richiedente/ il/la sig. \_\_\_\_\_ è seguito dai seguenti Servizi territoriali:

- Centro di Salute Mentale (CSM)
- Neuropsichiatria Infantile
- Consultorio Familiare
- Servizio educativo territoriale (SET)
- Servizio di assistenza domiciliare (SAD)
- Altro (specificare)

11) che il richiedente/ il/la sig.: \_\_\_\_\_ è seguito:  
 dal Volontariato e specificatamente dall'Associazione \_\_\_\_\_ o dalla Parrocchia di  
 \_\_\_\_\_ attraverso i seguenti interventi:

- contributi economici in denaro per .....€ \_\_\_\_\_
- buoni spesa per .....€ \_\_\_\_\_
- servizi (specificare) \_\_\_\_\_

12) che la modalità di riscossione prescelta dell'eventuale assegno è la seguente:

accredito sul c/c bancario n. \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_  
 intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. \_\_\_\_\_;

accredito sul c/c postale n. \_\_\_\_\_ intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. \_\_\_\_\_;

accredito sul c/c bancario n. \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_  
 intestato e riscuotibile da altra persona Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ in qualità di  Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

- Volontario
- Amministratore di sostegno o tutore
- Addetto all'assistenza (OSS)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

accredito sul c/c postale n. \_\_\_\_\_ intestato e riscuotibile da altra persona Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ al  
 n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ in qualità di  Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

- Volontario
- Amministratore di sostegno o tutore
- Addetto all'assistenza (OSS)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- 1) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del destinatario del contributo;
- 2) Fotocopia del codice fiscale del richiedente e del destinatario del contributo;
- 3) Copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore (se esistente);
- 4) Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il valore dell' ISEE in corso di validità;
- 5) Altro (specificare) \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE DICHIARANTE

\_\_\_\_\_