Spettabile

Comune di

_____

Domanda n.

Esente da bollo ai sensi del DPR 642/72

Domanda di partecipazione al programma di interventi, per l'anno 2023, a favore delle famiglie fragili di cui alla legge regionale numero 20 del 28 maggio 2020 "Interventi a sostegno della famiglia e della natalità" (articoli 10, 11 e 13)

Deliberazione n. 1076 del 04/09/2023

Il/la sottoscritto/a _____ , sesso _____
(cognome e nome del soggetto di riferimento; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (_____), il ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

indirizzo _____, n. _____

codice fiscale ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ telefono _____/_____

cittadinanza _____ e-mail _____

pec _____

C H I E D E

di essere ammesso/a AL PROGRAMMA DI INTERVENTI ECONOMICI STRAORDINARI A FAVORE DELLE FAMIGLIE FRAGILI RESIDENTI IN VENETO PER LE LINEE DI INTERVENTO ECONOMICO STRAORDINARIO SOTTO INDICATE come definite all'allegato A,

Linea n.1	Linea n.2	Linea n.3		
Famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori	Famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica	Famiglie con parti trigemellari	o	Famiglie con quattro o più figli, di cui almeno un minorenne
☐	☐	☐		☐

☐ in qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale oppure di tutore nominato dall'organo giudiziario competente ed autorizzato ad incassare somme a favore dei minori;

oppure

se il richiedente non è il/la beneficiario/a, ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:

☐ tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere

per il/la Sig./ra_____ , sesso _____
(cognome e nome del/la beneficiario/a; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (_____), il ___/___/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ _____ (____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

indirizzo _____, n. _____

Codice fiscale ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ telefono _____/_____

cittadinanza _____ e-mail _____

pec _____

A tal fine , ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

D I C H I A R A

☑ di essere residente nel territorio della Regione Veneto dal ___/___/_____;

☑ che il valore ISEE Ordinario 2024 del nucleo familiare, in corso di validità, è pari a € _____;

☑ che, alla data della domanda, nel nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori di anni 18 (età compresa tra 0 e 17 anni);

☐ che alla data della domanda nel nucleo familiare è presente almeno un figlio certificato ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92;

☑ *solo per i cittadini non-comunitari:* che ogni componente del nucleo familiare è in regola con le norme che disciplinano il soggiorno in Italia e che il numero di cittadini non comunitari è _____;

☑ che è stata presentata esclusivamente la presente domanda dal nucleo familiare;

☑ che i requisiti indicati sono posseduti alla data della domanda, fatto salvo quanto riguarda la certificazione ISEE;

☑ che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso.

(*solo per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea compilare il punto appropriato*) di essere in possesso di:

☐ a) Permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;

☐ b) Permesso di soggiorno;

☐ c) Carta Blu UE

n. _____ rilasciato il ___/___/_____ dalla questura di _____.

(*Solo per i punti b) e c)*) con scadenza ___/___/_____ e di aver presentato richiesta di rinnovo, corredata dalla documentazione prescritta, con raccomandata del ___/___/_____

Per la Linea di intervento n. 1: Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori

☐ di essere stato nominato tutore dall'organo giudiziario competente ed autorizzato ad incassare somme a favore dei minori;

☐ che i minori sono orfani di vittima di "femminicidio";

☐ che alla data della domanda i minori orfani nel nucleo familiare sono n. ___;

Per la Linea di intervento n. 2: Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica

☐ di essere una famiglia di genitori separati o divorziati, con figli fiscalmente a carico;

oppure

☐ di essere un nucleo monoparentale definito come segue: a) minori riconosciuti alla nascita da un solo genitore oppure b) un solo genitore, con uno o più figli minorenni, indicato nella certificazione ISEE oppure c) un solo genitore con ascendenti e/o parenti e con uno o più figli minorenni, indicato nella certificazione ISEE;

☐ di essere in stato di gravidanza;

☐ che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR (intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria);

Per la Linea di intervento n. 3: Interventi economici a favore di famiglie con parti trigemellari

☐ che la propria è una famiglia nella quale sono avvenuti n. ____ parti trigemellari in cui tutti i gemelli alla data della domanda non hanno ancora compiuto 18 anni;

☐ che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR (intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria);

Per la Linea di intervento n. 3: Interventi economici a favore di famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro, di cui almeno 1 minorenne

☐ che la propria è una famiglia numerosa nella quale i figli fiscalmente a carico, alla data della domanda, sono in totale n. _____;

☐ che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR (intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria).

D I C H I A R A A L T R E S I

Dichiarazione prevista dalla Legge regionale 11 maggio 2018, n.16

(si raccomanda di prendere visione dell'intero testo della legge e di richiedere eventualmente copia del proprio casellario giudiziale alla Procura della Repubblica presso il tribunale prima di sottoscrivere la domanda)

☑ di non avere riportato una o più condanne per delitti non colposi puniti con sentenza passata in giudicato, anche nel caso di applicazione della pena su richiesta delle parti, ai sensi degli articoli 444 e seguenti del codice di procedura penale, che da sole o sommate raggiungano:

a) un tempo superiore ad anni due di reclusione, sola o congiunta a pena pecuniaria, con effetti fino alla riabilitazione;

b) un tempo non superiore ad anni due di reclusione, sola o congiunta a pena pecuniaria, quando non sia stato concesso il beneficio della sospensione condizionale della pena, con effetti fino alla riabilitazione o alla dichiarazione di estinzione del reato per effetto di specifica pronuncia del giudice dall'esecuzione, in applicazione degli articoli 445, comma 2, e 460, comma 5, del codice di procedura penale;

☑ di essere consapevole del fatto che nel caso previsto dalla lettera b) del precedente punto 1), la revoca della sospensione condizionale della pena comporta l'obbligo della restituzione del sostegno pubblico ricevuto;

☑ di non essere soggetto destinatario di misure di prevenzione personale applicate dall'autorità giudiziaria, di cui al Libro I, Titolo I, Capo II del Decreto legislativo 6 settembre 2011 n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136", per gli effetti di cui all'art. 67, comma 1, lettera g), salvo riabilitazione.

C H I E D E

che l'eventuale contributo sia corrisposto mediante accredito su c/c bancario o postale (non sono ammessi libretti di risparmio):

☐ intestato/cointestato con il beneficiario dell'eventuale contributo. Indicare l'IBAN:

oppure

☐ intestato ad un delegato alla riscossione del pagamento. Indicare l'IBAN:

Dati del delegato alla riscossione:

Cognome nome _____ , sesso _____

nato/a a _____ (_____), il ___/___/_____

residente nel Comune di _____ _____ (____)

indirizzo _____, n. _____

codice fiscale ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ telefono _____

Il/la sottoscritto/a inoltre

PRENDE ATTO

☑ che sui dati dichiarati potranno essere effettuati, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n. 445/2000, controlli finalizzati ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;

☑ che è applicabile quanto previsto dall'art. 1 della L.R. n. 2 del 7 febbraio 2018 relativamente a certificati o attestazioni rilasciati dalla competente autorità dello Stato estero;

☑ che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. sopra citato, ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'art. 76.

AUTORIZZA

☑ il Comune ad accedere, anche con strumenti informatici, al Sistema Informativo ISEE (SII) gestito dall'INPS per prelevare la propria Dichiarazione ISEE (DSU) e la relativa Attestazione dell'Indicatore;

☑ il Comune al trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), consapevole che i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla "Informativa generale privacy" ai sensi dell'art. 13 del G.D.P.R., come descritto nella sezione "Informativa sul trattamento dei dati personali" pubblicata sul sito istituzionale del Comune di _____.

ALLEGA

☐ codice fiscale del beneficiario del contributo;

☐ fotocopia del documento di identità personale in corso di validità del beneficiario il contributo.;

- ☐ fotocopia del documento di identità personale in corso di validità del richiedente il contributo (se richiedente diverso dal beneficiario);
- ☐ (*solo per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea*) fotocopia del permesso di soggiorno (o, se scaduto anche fotocopia della documentazione comprovante l'avvenuta richiesta di rinnovo), di tutti i componenti il nucleo familiare cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea;
- ☐ copia dell'attestazione ISEE 2024 in corso di validità;
- ☐ (*solo se il richiedente non è il genitore o il tutore dei minori*) copia del provvedimento di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno o procuratore;
- ☐ (*solo nel caso in cui nel nucleo vi sia un figlio con certificazione di handicap ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92*) certificazione rilasciata dalla competente commissione medica di accertamento dell'handicap ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92;
- ☐ (*solo per i richiedenti la linea 1 - Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori*) Copia del provvedimento di nomina a tutore attestante l'autorizzazione ad incassare somme e vincolo di destinazione a favore del minore;
- ☐ (*solo per i richiedenti la linea 1 - Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori*) Copia sentenza/atto/provvedimento relativi al "femminicidio";
- ☐ (*solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica*) Copia dei provvedimenti emessi nel corso dei procedimenti di separazione, annullamento, scioglimento, cessazione degli effetti civili del matrimonio o unione civile, relativi a statuizioni di ordine personale/o patrimoniale tra i coniugi e nei confronti della prole e loro eventuali modificazioni;
- ☐ (*solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica*) Copia del certificato attestante la presenza di un riconosciuto disagio psicofisico, rilasciato dal SSR, a favore di un componente il nucleo familiare, intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria;
- ☐ (*solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica*) Certificato medico attestante lo stato di gravidanza;
- ☐ (*solo per i richiedenti la linea 3 - Interventi economici a favore di famiglie con parti trigemellari o con numero di figli pari o superiore a quattro*) Copia del certificato attestante la presenza di un riconosciuto disagio psicofisico, rilasciato dal SSR, a favore di un componente il nucleo familiare, intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l'esenzione del pagamento della prestazione sanitaria.

_____ _____

(data sottoscrizione) (firma del richiedente)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

☑ sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto_____

(indicare il nome del dipendente addetto)

☑ consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato/a

☑ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____

data di scadenza ___/___/_____ rilasciato/a da_____, il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

____/____/_____ _____

(data) (timbro dell'ufficio e firma)

☑ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ numero _____ data di scadenza ___/___/_____ rilasciato/a da_____, il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il/la sig./ra _____ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

____/____/_____ _____