Scadenza 17 agosto 2012

Tel 070/8592267 - Fax 070/8592310
annalisa.grillo@comune.selargius.ca.it

Al Comune di Selargius
Area 1 Politiche Sociali, Pubblica Istruzione,
Promozione Culturale e Sportiva

Oggetto: Richiesta misure di sostegno in favore di persone con handicap grave ai sensi della Legge n° 162/98 – Piani personalizzati di sostegno - anno 2013

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ n° _____ tel _____
CF/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

CHIEDE

In prima istanza ☐
In proroga ☐

- Di poter usufruire delle misure di sostegno di cui alla Legge n° 162/98 in quanto riconosciuto portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3 della Legge n° 104/92

- Ovvero, in qualità di _____ (specificare il grado di parentela) chiede che il/la sig._____ nato/a a _____ il _____ residente in Selargius via _____ n° _____ tel _____ possa usufruire delle misure di sostegno in quanto portatore di handicap grave ai sensi dell'art. 3 della Legge n° 104/92.

Si allega la seguente documentazione:

1) certificazione comprovante il riconoscimento dell'handicap grave (art. 3 – L. 104/92)
2) certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile e/o aggravamento
3) dichiarazione dei redditi percepiti nell'anno _____ – Attestazione I.S.E.
4) copia del codice fiscale del richiedente
5) altra documentazione _____

Data_____ Firma

_____

INFORMATIVA D.Lgs. 30.06.2003 – N° 196 – Art. 13
I dati dichiarati saranno utilizzati dall'Ufficio esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza e per le finalità strettamente connesse.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 D.P.R. 28.12.2000 – N° 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____
Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n° 445, per le ipotesi di falsità in atti e per le dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare, ovvero il nucleo familiare del destinatario del piano di sostegno è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Di aver percepito, ovvero che il destinatario del piano di sostegno ha percepito nell'anno _____ i seguenti redditi:
- Indennità di invalidità civile € _____
- Indennità di accompagnamento € _____
- Indennità di frequenza € _____
- Pensione categoria _____ € _____
- Sussidio L.R. n° 20/97 € _____
- Sussidio L.R. n° 27/83 € _____
- Sussidio L.R. n° 11/85 € _____
- Altro _____
_____

Che il reddito percepito durante l'anno _____ è stato pari ad € _____, come risulta dall' Attestazione I.S.E. allegata

Data _____ Il Dichiarante

_____

(La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione non va mai autenticata)

IMPORTANTE!

PER UN MAGGIOR SNELLIMENTO NELLE PROCEDURE DI PAGAMENTO DELLE SOMME DOVUTE E IN OTTEMPERANZA A QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE, SI COMUNICA CHE E' OBBLIGATORIO INDICARE NEGLI SPAZI SOTTOSTANTI IL CODICE IBAN DEL CONTO CORRENTE POSTALE O BANCARIO INTESTATO E/O COINTESTATO AL BENEFICIARIO DEL PIANO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____
(indicare se beneficiario, familiare di riferimento/caregiver, tutore, amministratore di sostegno)
nato/a a _____ il _____ residente in
_____ via _____ n° _____
CF/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

CHIEDE

Che il pagamento delle somme dovute avvenga con le seguenti modalità:

□ accreditamento su c/c intestato al beneficiario

Codice IBAN _____

ABI_____CAB_____ Banca / Ufficio Postale di_____

Firma

_____