



COMUNE DI SELARGIUS

Città Metropolitana di Cagliari

Area 01 Socio Assistenziale – Coordinamento PLUS 21

Servizio Sociale Professionale

Servizio per l'attuazione degli interventi di contrasto alle povertà e di supporto alle famiglie in condizione di fragilità

Al Comune di Selargius

**E, per conoscenza, alla Responsabile del Procedimento, Dottoressa Maddalena Peralta,
Assistente Sociale**

Da consegnare (scegliere solo una tra le seguenti modalità):

- ✓ A mano all'Ufficio Protocollo del
Comune di Selargius, Via Istria, 1 –
09047, Selargius;
- ✓ Tramite posta elettronica all'indirizzo
protocollo@pec.comune.selargius.ca.it

Oggetto: “Reddito di inclusione sociale” di cui alla L.R. n. 18/2016 - Reis parte seconda: “Altri interventi di contrasto alla povertà”

Il/La sottoscritto/a (Cognome)_____ (Nome)_____
nat__a_____ il___/___/_____
residente a Selargius in via/p.zza_____ n._____ Cittadinanza_____
Recapito telefonico_____ Indirizzo e-mail/ PEC_____

CHIEDE

di essere ammesso/a a fruire della misura regionale **“Reddito di inclusione sociale” di cui alla L.R. n. 18/2016 - Reis parte seconda: “Altri interventi di contrasto alla povertà”**

A tal fine, consapevole della responsabilità penale, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti

DICHIARA

(artt. 46 e 47 del DPR n.

** Indica un campo di compilazione obbligatoria*



COMUNE DI SELARGIUS

Città Metropolitana di Cagliari

Area 01 Socio Assistenziale – Coordinamento PLUS 21

Servizio Sociale Professionale

Servizio per l'attuazione degli interventi di contrasto alle povertà e di supporto alle famiglie in condizione di fragilità

445/2000)

- ☐ di aver preso visione e aver compreso quanto indicato nell'Avviso pubblico denominato "Reddito di inclusione sociale" di cui alla L.R. n. 18/2016 e nello specifico di aver preso visione di quanto indicato da "Reis parte seconda: Altri interventi di contrasto alla povertà" *;
- ☐ di essere*:
- ☐ cittadino italiano;
 - ☐ cittadino comunitario,
 - ☐ cittadino straniero in possesso di regolare titolo di soggiorno;
- ☐ di essere residente e domiciliato nel Comune di Selargius al momento della presentazione della domanda*;
- ☐ che il proprio nucleo familiare è così composto (escluso il richiedente o la richiedente) *:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Stato civile	Persona affetta da disabilità o con riconoscimento invalidità	Occupazione	Altro

* Indica un campo di compilazione obbligatoria



COMUNE DI SELARGIUS

Città Metropolitana di Cagliari

Area 01 Socio Assistenziale – Coordinamento PLUS 21

Servizio Sociale Professionale

Servizio per l'attuazione degli interventi di contrasto alle povertà e di supporto alle famiglie in condizione di fragilità

- ☐ di aver avuto un peggioramento della propria situazione economica e che il proprio ISEE (in corso di validità) non supera 15.000,00 euro (come da allegato) *;
- ☐ che (nell'eventualità di un peggioramento comprovato da attestazione ISEE):
- l'ISEE Ordinario (in corso di validità) è pari a € _____
 - l'ISEE Corrente (in corso di validità) è pari a € _____
- ☐ che rispetto alla misura regionale **Reddito di Inclusione Sociale parte prima** si trova nella seguente condizione*:
- di beneficiarne attualmente;
 - di NON avere **attualmente** in corso la misura.
- ☐ Che rispetto alla misura dell'Assegno di Inclusione si trova nella seguente situazione*:
- di aver presentato per l'anno 2026 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di Assegno di Inclusione con prot. n. _____ e di essere in attesa del relativo esito;
 - di aver presentato per l'anno 2026 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di Assegno di Inclusione e che la stessa è stata respinta (allegare la documentazione di rigetto);
 - di non percepire (o altro componente del nucleo familiare) l'Assegno di Inclusione in quanto il beneficio è decaduto in data _____ (allegare documentazione attestante la decadenza);
 - di aver presentato per l'anno 2026 (o un componente del nucleo familiare ha presentato) istanza di Assegno di Inclusione e che la stessa è stata sospesa (allegare la documentazione di rigetto);
- ☐ di trovarsi in una o più delle seguenti situazioni di bisogno*:
- della perdita del lavoro e/o riduzione consistente del proprio reddito familiare non attestabile dall'ISEE corrente;
 - situazione sanitaria precaria, in assenza o attesa dei relativi benefici economici, con particolare

* Indica un campo di compilazione obbligatoria



COMUNE DI SELARGIUS

Città Metropolitana di Cagliari

Area 01 Socio Assistenziale – Coordinamento PLUS 21

Servizio Sociale Professionale

Servizio per l'attuazione degli interventi di contrasto alle povertà e di supporto alle famiglie in condizione di fragilità

attenzione ai pazienti dimessi dall'ospedale che hanno perso la propria autosufficienza e necessitano di assistenza domiciliare;

- persone ricoverate e/o dimesse dall'ospedale che devono prendersi cura di un congiunto non autosufficiente o, nel caso di disabili, i minorenni/maggiorenni non capaci di provvedere a loro stessi e assistiti da parenti, per malattia o decesso dei genitori;
- situazione abitativa incerta (rischio di sfratto, coabitazione, usufrutto temporaneo, difficoltà a sostenere le spese del canone di locazione o del mutuo, difficoltà a sostenere il pagamento delle utenze domestiche, ecc.);
- situazioni di emarginazione sociale, o condizione di rischio sociale correlata a dipendenze, problematiche giudiziarie, ecc.;
- presenza di minori e/o anziani non autosufficienti;
- assenza di relazioni parentali considerabili "risorse" (familiari civilmente obbligati ex articolo 433 c.c.)
- comunque di ogni altro elemento di disagio aggravante la situazione di bisogno, valutato nel pieno rispetto della propria autonomia tecnico-professionale
- altro: _____

Selargius,

Firma



COMUNE DI SELARGIUS

Città Metropolitana di Cagliari

Area 01 Socio Assistenziale – Coordinamento PLUS 21

Servizio Sociale Professionale

Servizio per l'attuazione degli interventi di contrasto alle povertà e di supporto alle famiglie in condizione di fragilità

La modulistica dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- ☐ Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- ☐ Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità (ISEE ordinario e/o corrente). Il nucleo familiare dichiarato nella certificazione ISEE deve corrispondere con il nucleo familiare regolarmente registrato nell'anagrafe del Comune di residenza. Verranno escluse le domande che presentino tale discordanza.
- ☐ Esito istanza Assegno di Inclusione
- ☐ Esito istanza Reis, Reddito di inclusione sociale parte I

In caso di ammissione alla misura, CHIEDO, che il contributo venga erogato tramite codice Iban.

Indicare di seguito il codice Iban: _____