ALLEGATO A

REGIONE TOSCANA	Legge regionale n. 82 del 28 dicembre 2015 art. 5 "Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili"	

ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 5 della l.r. n. 82 del 28 dicembre 2015	**ANNO 2016** Termine ultimo di presentazione **30 giugno 2016**

Al Sindaco del Comune di

_____

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 5 della l.r. 82/2015

CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI
(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)
(art.5 l.r. 82/2015)[1]

A tal fine:
- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

RICHIEDENTE			
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)		NOME	
DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO DI NASCITA	PROV.	
STATO DI CITTADINANZA		SESSO: ☐M ☐F	
INDIRIZZO DI RESIDENZA	COMUNE DI RESIDENZA	CAP	PROV.
CF[2]			

1 Per ciascun figlio minore disabile deve essere redatta singola istanza
2 Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL		
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

☐ madre
specificare se
☐ unico genitore (da barrare solo se la madre è l'unico genitore a cui è attribuita la patria potestà)

oppure

☐ padre
specificare se
☐ unico genitore (da barrare solo se il padre è l'unico genitore a cui è attribuita la patria potestà)

oppure
☐ altro soggetto a cui è attribuita la patria potestà

FIGLIO MINORE DISABILE (con data di nascita successiva al 31.12.1997)																	
COGNOME E NOME																	
LUOGO E DATA DI NASCITA															SESSO ☐M ☐F		
COMUNE DI NASCITA					PROV. DI NASCITA						STATO DI NASCITA						
CF.																	

DICHIARA INOLTRE

Che il sottoscritto fa parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per cui è richiesto il contributo;

Che il sottoscritto è residente in Toscana in modo continuativo almeno dal 1 gennaio 2014

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana in modo continuativo almeno dal 1 gennaio 2014 (o dalla nascita per il figlio disabile con età uguale o inferiore ai 2 anni);

Che il nucleo familiare non risiede in strutture occupate abusivamente;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità con indicatore della situazione economica equivalente (standard) inferiore o uguale a 29.999,00 euro

oppure

Di aver presentato domanda di attestazione ISEE in data …..... e di essere a

conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 euro non avrò diritto al contributo;

Di non aver riportato condanne con sentenza definitiva per reati di associazione di tipo mafioso, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o altra utilità di provenienza illecita di cui agli articoli 416 bis, 648 bis e 648 ter del codice penale;

Che il figlio minore disabile per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è in possesso di certificazione attestante la condizione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge - quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Che il figlio disabile per la quale è inoltrata la presente istanza di contributo è nato in data successiva al 31.12.1997.

CHIEDE

Che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato con la seguente modalità:

- □ BONIFICO su conto corrente bancario/postale (di cui il richiedente deve risultare intestatario o cointestatario) L'IBAN deve riferirsi esclusivamente a conti correnti bancari o postali **(non a libretti postali)** Può essere indicato anche l'IBAN di una carta prepagata emessa esclusivamente da un istituto bancario.

IBAN

- □ CONTANTI da incassare presso uno sportello del Monte dei Paschi di Siena entro il 20 dicembre dell'anno in cui il contributo viene messo in pagamento. Se non incassati entro il termine, sono trasformati d'ufficio in assegno circolare.

Data Firma

Nel caso in cui per la redazione dell'istanza non sia utilizzata la modalità online tramite TS (Tessera Sanitaria) e l'istanza non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere prodotta copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (DPR 445/2000 art 38).