



**All'Unione Montana Potenza Esino Musone
Ufficio Ats 17
Viale Mazzini 29
62027 San Severino Marche (MC)**

OGGETTO: Domanda di accesso ai benefici economici a sostegno della famiglia (LR 30/98 – DGR. 470/2021) Anno 2020.

Il/La sottoscritto/a _____
Nome _____ Cognome _____

CHIEDE

Di accedere ai benefici economici a sostegno della famiglia di cui alla L.R 30/98 secondo i criteri e le modalità stabiliti con DGR n. 470/2021 per la seguente area di intervento:

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI, SECONDO IL POSSESSO DEI REQUISITI RICHIESTI DALL'AVVISO PUBBLICO

- **1. AZIONI A FAVORE DELLE MADRI E DEI PADRI IN DIFFICOLTA';**
 - madre in condizione di mono genitorialità dal 4° mese di gravidanza fino all'anno di vita del bambino.
 - padre in condizione di mono genitorialità fino al compimento dell'anno di vita del bambino

- **2. INTERVENTI PER IL SUPERAMENTO DI SITUAZIONI DI DISAGIO SOCIALE O ECONOMICO**
 - Sostegno a famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro che preveda la riduzione delle tariffe dei servizi comunali a pagamento o altri interventi economici;
 - Sostegno economico a nuclei familiari, con figli minori, già in carico ai servizi.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

di essere cittadino/a (*indicare nazionalità*) _____

Recapito telefonico: _____

DICHIARA

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411

E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it



Che l'importo dell'ISEE del proprio nucleo familiare, quale risultante agli atti d'anagrafe, in corso di validità, rilasciato ai sensi del DPCM n.159 del 05.12.2013, è pari a € _____ come dal computo del C.A.A.F. _____ di _____ in data _____

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico a sostegno della famiglia di cui alla L.R. 30/98 per l'anno 2020 e di conoscere tutte le prescrizioni in esso contenute;
- Di essere consapevole che gli interventi di cui alla L.R. 30/98 sono realizzati per gli importi definiti dalla Regione solo entro i limiti delle risorse trasferite dalla Regione;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ente eventuali variazioni rispetto alle condizioni dichiarate per l'erogazione del contributo;
- Di essere a conoscenza che il Comune di residenza verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio e delle certificazioni contenute nella domanda di contributo, con particolare riguardo alle dichiarazioni ISEE i cui redditi dichiarati risultino pari a zero, ricorrendo ai competenti Uffici del Comando Provinciale della Guardia di Finanza per gli accertamenti di competenza. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune di residenza adotterà ogni misura utile a sospendere e/o revocare i benefici concessi;
- Di impegnarsi a fornire ogni ulteriore documentazione ritenuta utile dal Comune di residenza e/o dall'Ambito XVII per l'istruttoria della domanda, ed autorizza, ai sensi della normativa privacy l'acquisizione e il trattamento dei dati personali ai soli fini della concessione del contributo richiesto con la presente istanza.

Luogo e data _____

Firma

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. **Copia del documento di riconoscimento;**
2. **Attestazione ISEE in corso di validità;** con unita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà nella quale sono specificate le modalità di sostentamento in caso di indicatore ISEE pari a zero;
3. **Per l'azione 1 MADRI E PADRI IN DIFFICOLTA':** allegare **autocertificazione ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 attestante la condizione di mono genitorialità,**
4. **Per l'azione 2 INTERVENTI PER IL SUPERAMENTO DI SITUAZIONI DI DISAGIO SOCIALE O ECONOMICO:** **documenti giustificativi di spesa** (es. titolo di viaggio o altra documentazione fiscalmente valida).

Viale Mazzini, 29 62027 San Severino Marche C.F. e P.I.: 01874330432

Tel. 0733.637245/6/7 Fax 0733.634411

E-mail ATS 17: staffats17@umpotenzaesino.it pec ATS 17: ats17@pec.umpotenzaesino.it