



Prot. 3836/2018

Spett.le _____

via/p.zza _____

09010 Sant'Anna Arresi

OGGETTO: TRASMISSIONE DELLA MODULISTICA RELATIVA AL RINNOVO DELLE CERTIFICAZIONE PER L'OTTENIMENTO DEI SUSSIDI DI CUI ALLE LEGGI DI SETTORE. ANNUALITA' 2018.

Al fine di predisporre per l'anno in corso le liquidazioni delle provvidenze economiche a favore delle persone affette da patologie riconosciute, ai sensi della Legge Regionale n° 08/1999 e ss.mm.ii. (neoplasie, talassemie, sofferenti psichici, nefropatici etc.), è necessario far pervenire all'Ufficio Protocollo dell'ente i moduli allegati alla presente comunicazione debitamente compilati in ogni parte, unitamente ad una copia fotostatica del documento di riconoscimento.

In ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale con nota prot.2010 del 02.03.2018 è necessario acquisire oltre alla dichiarazione dei redditi, **la relativa certificazione Isee come di seguito indicato nei moduli allegati alla presente.**

Si specifica che i redditi percepiti nel 2017 dovranno essere dichiarati entro il 30/05/2018 utilizzando in entrambe i casi i moduli 1 e 2 allegato alla presente.

È responsabilità del cittadino verificare la correttezza della documentazione presentata (istanza, firma, allegati, etc.).

L'amministrazione Comunale si riserva il diritto di verificare la veridicità di quanto dichiarato dal richiedente anche attraverso l'ausilio di altre Autorità preposte al controllo (Inps, Guardia di Finanza etc.)

Le richieste di sussidio, con la relativa documentazione allegata, dovranno pervenire all'ufficio protocollo nel rispetto delle seguenti scadenze temporali utilizzando il modello 3 allegato alla presente:

TIPOLOGIA DI SUSSIDIO	SCADENZA
LEGGE REGIONALE 9/2004 (NEOPLASIE) liquidazione semestrale	Entro il 10 luglio Entro il 10 gennaio
LEGGE REGIONALE 27/1983 (TALASSEMIE/LEUCEMIE) liquidazione semestrale	Entro il 10 luglio Entro il 10 gennaio
LEGGE REGIONALE 20/1997 (SOFFERENTI PSICHICI) Liquidazione semestrale	Entro il 30 maggio
LEGGE REGIONALE 11/85 (NEFROPATICI) Liquidazioni mensili o bimestrali	Entro il 10 di ogni mese

Da consegnare entro mercoledì 30 Maggio 2018.

Tutta la documentazione consegnata all'Ufficio Protocollo dovrà essere prodotta in copia fotostatica e non sarà possibile la restituzione, se non attraverso l'utilizzo di una richiesta scritta di accesso agli atti debitamente motivata ai sensi della L.241/90. I costi di estrazione documentale sono a carico del richiedente.

Il Comune di Sant'Anna Arresi liquiderà quanto dovuto a seguito dell'effettivo ed accertato trasferimento del finanziamento regionale vincolato e fino al concorrere delle risorse economiche regionali disponibili.

Pertanto la mancata copertura di una parte dei sussidi richiesti non è, e non sarà, imputabile all'Ufficio Scrivente, ma ad una carenza di disponibilità economica dovuta alla riduzione dei trasferimenti regionali.

La mancata trasmissione di quanto richiesto entro i termini, all'Ufficio Protocollo, determinerà la sospensione dei contributi spettanti fino alla relativa regolazione della documentazione e delle dichiarazioni.

Per maggiori informazioni rivolgersi all'Ufficio Servizio Sociale e Pubblica Istruzione nei giorni di lunedì e mercoledì dalle 10:00 alle 12:00 oppure su appuntamento al numero telefonico 0781/9669220.

Distinti saluti

*IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
F.to Alessandra Sanna*

Da consegnare entro mercoledì 30 Maggio 2018.

MODULO 1

Alla Responsabile del Servizio Sociale
P.zza A. Moro 1, 09013
Comune di Sant'Anna Arresi

OGGETTO: RICHIESTA RINNOVO PROVVIDENZE ECONOMICHE LEGGE REGIONALE 20/1997 E SS.MM.II. ANNUALITA' 2018

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. ____ il ____ / ____ / ____
residente a Sant'Anna Arresi in via/p.zza _____ n° _____
tel./cell. _____ ;
mail _____
cod. fiscale _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle provvidenze previste dalla LR n°20/1997.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, d'informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1. di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali;
2. che il reddito netto percepito nell'anno 2017 dal proprio nucleo familiare composto da n° _____ persone è di complessivi euro _____, mentre il reddito netto individuale è di complessivi euro _____
3. che l'Isee Ordinario 2018, relativo ai redditi 2017 è pari a € _____
4. che l'Isee Minori, **in caso di presenza di genitori non coniugati tra loro e non conviventi** è pari a € _____
5. che l'Isee Sociosanitario residenze, **in caso di inserimento in struttura**, è pari a € _____

Dichiara di aver letto e compreso il contenuto della lettera di trasmissione e di accettarne le condizioni, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n° 196 del 30.06.2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega la certificazione rilasciata dal Presidio di Diagnosi e cura di (indicare struttura sanitaria pubblica con sede) _____ attestante l'inizio della patologia o la permanenza dello status di (*nel certificato indicare la patologia e la struttura sanitaria pubblica con sede*).

Documentazione da allegare alla presente domanda:

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- copia del codice fiscale;

Da consegnare entro mercoledì 30 Maggio 2018.

certificazione rilasciata da un Ente Ospedaliero o universitario, attestante l'inizio della patologia o lo stato di continuità del trattamento(*nel certificato indicare la patologia e la struttura sanitaria pubblica con sede*).

- autocertificazione dello stato di famiglia e del reddito complessivo di tutti i componenti il nucleo familiare e il reddito individuale;
- Copia Isee Ordinario 2018, relativo ai redditi 2017 unitamente a Isee Minori, (in caso di presenza di genitori non coniugati tra loro e non conviventi) e Isee Sociosanitario residenze (solo in caso di ricovero).
- Copia Codice IBAN

Data _____

Firma del Dichiarante

Da consegnare entro mercoledì 30 Maggio 2018.

MODULO 2

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 del DPR n° 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a _____ nat _ il ___ / ___ / _____
a _____ residente a Sant'Anna Arresi
in via/p.zza _____ n° ____
cod. fiscale _____ tel. _____
a conoscenza del fatto che in caso di false dichiarazioni si applicano le pene stabilite
dall'art. 76 del DPR 445/2000,

DICHIARA CHE:

1) che il proprio nucleo familiare è così composto:

Nome Cognome - Data di nascita - Rapporto di parentela

1 _____ / ___ / _____

2 _____ / ___ / _____

3 _____ / ___ / _____

4 _____ / ___ / _____

5 _____ / ___ / _____

6 _____ / ___ / _____

7 _____ / ___ / _____

n.b.: indicare oltre il beneficiario, il coniuge o convivente e i figli a carico.

2) per l'anno 2017 il sottoscritto ha percepito risorse complessive comprendenti tutte le entrate comunque conseguite, escluso l'assegno di accompagnamento, pari a euro

derivanti da:

- a) pensioni (tipo _____) euro _____
- b) pensioni (tipo _____) euro _____
- c) lavoro dipendente euro _____
- d) lavoro autonomo euro _____
- e) lavoro saltuario e occasionale euro _____
- f) erogazioni assistenziali comunali euro _____
- g) erogazioni assistenziali altri Enti euro _____

Pertanto il Reddito del Nucleo Familiare per l'anno 2017 è pari a € _____, mentre il Reddito Individuale per l'anno 2017 è pari a € _____

3) Dichiaro inoltre l'insussistenza del diritto a rimborsi per lo stesso titolo da parte di altri Enti previdenziali o assicurativi, o di altri Enti anche sulla base di normative statali e regionali.

Data _____

Firma del Dichiarante

Da consegnare entro mercoledì 30 Maggio 2018.

MODULO 3

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Tutti i dati forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. n°196/2003 in materia di tutela della privacy.

N.B.: per essere valida la presente autocertificazione deve essere firmata davanti al funzionario comunale competente **oppure firmata e trasmessa completa di fotocopia del documento di identità in corso di validità.**

OGGETTO: TRASMISSIONE CODICE IBAN (NON SI ACCETTANO LIBRETTI POSTALI)

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

nat ___ a _____

Residente in Sant'Anna Arresi, via/p.zza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Tel. _____, mail _____

allega alla presente Copia fotostatica del Codice Iban relativo al:

conto corrente aperto presso _____

carta prepagata rilasciata da _____

intestato al beneficiario del contributo/sussidio

Cognome e Nome _____

nat ___ a _____

Residente in Sant'Anna Arresi, via/p.zza _____ n° _____

Codice fiscale _____

CHIEDE:

l'accreditamento dei contributi /sussidi (barrare la casella di riferimento):

Legge 162/98- Piani Personalizzati (Da consegnare entro il 10 di ogni mese)

Legge Regionale n° 20/97 (**Da consegnare il 30 maggio di ogni anno**)

Legge Regionale n° 11/85 (Nefropatici) (Da consegnare entro il 10 di ogni mese)

Legge Regionale n° 27/83 (Talassemie / Leucemie) (Da consegnare entro il 10 gennaio e il 10 Luglio di ogni anno)

Legge Regionale n° 9/04 (Neoplasie) (Da consegnare entro il 10 luglio e il 10 gennaio) di ogni anni

Ritornare a casa – Disabilità Gravissime (Da consegnare entro il 10 di ogni mese)

Altro _____

Data _____

Firma del Dichiarante

Da consegnare entro mercoledì 30 Maggio 2018.