

Domanda n.

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72



REGIONE DEL VENETO

Spettabile
Comune di _____

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA DI INTERVENTI ECONOMICI A FAVORE DELLE FAMIGLIE FRAGILI RESIDENTI IN VENETO – ANNO 2021

Deliberazione n. 1462 del 25/10/2021

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____ <small>(cognome e nome del soggetto di riferimento; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)</small>	
nato/a a _____ (____), il ____/____/____ <small>(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)</small>	
residente nel Comune di _____ (____) <small>(Comune di residenza) (CAP) (sigla)</small>	
indirizzo _____ n. _____	
codice fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	telefono _____/_____
cittadinanza _____ e-mail/pec _____	

CHIEDE

di essere ammesso/a AL PROGRAMMA DI INTERVENTI ECONOMICI STRAORDINARI A FAVORE DELLE FAMIGLIE FRAGILI RESIDENTI IN VENETO PER LE LINEE DI INTERVENTO ECONOMICO STRAORDINARIO SOTTO INDICATE come definite all'allegato A,

Linea n.1	Linea n.2	Linea n.3		
Famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori	Famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica	Famiglie con parti trigemellari	o	Famiglie con quattro o più figli, di cui almeno un minore
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

in qualità di genitore che esercita la responsabilità genitoriale oppure di tutore nominato dall'organo giudiziario competente ed autorizzato ad incassare somme a favore dei minori;

oppure

se il richiedente non è il/la beneficiario/a, ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:

tutore/curatore del beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere

per il/la Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome del/la beneficiario/a; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)

nato/a a _____ (____), il ____/____/____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

indirizzo _____, n. _____
Codice fiscale telefono ____/____
cittadinanza _____ e-mail/pec _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- di essere residente nel territorio della Regione Veneto dal ___/___/___;
- che il valore ISEE del nucleo familiare in corso di validità è pari a € _____;
- che, alla data del 20/06/2022 nel nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori di anni 18 (età compresa tra 0 e 17 anni);
- che alla data del 20/06/2022 nel nucleo familiare è presente almeno un figlio certificato ai sensi dell'art. 3 c.3, L. 104/92;
- che ogni componente del nucleo familiare è in regola con le norme che disciplinano il soggiorno in Italia (*solo per i cittadini non-comunitari*) e che il numero di cittadini non comunitari è _____;
- che è stata presentata esclusivamente la presente domanda dal nucleo familiare;
- che i requisiti indicati sono posseduti alla data del 20/06/2022 giorno di pubblicazione della D.G.R. n. 1462 nel BUR o dell'avviso pubblico, fatto salvo quanto riguarda la certificazione ISEE;
- che i documenti allegati sono conformi agli originali in proprio possesso;

(*solo per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea compilare il punto appropriato*) di essere in possesso di:

- a) Permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;
- b) Permesso di soggiorno;
- c) Carta Blu UE;

n. _____ rilasciato il ___/___/_____ dalla questura di _____.

(*Solo per i punti b) e c)*) con scadenza ___/___/_____ e di aver presentato richiesta di rinnovo, corredata dalla documentazione prescritta, con raccomandata del ___/___/_____.

Per la Linea di intervento n. 1: Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori

- di essere stato nominato tutore dall'organo giudiziario competente ed autorizzato ad incassare somme a favore dei minori;
- che i minori sono orfani di vittima di "femminicidio";
- che alla data del 20/06/2022 i minori orfani nel nucleo familiare sono n. _____;

Per la Linea di intervento n. 2: Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica

- di essere una famiglia di genitori separati o divorziati, con figli fiscalmente a carico presenti nel nucleo familiare anagrafico;

oppure

- di essere un nucleo monoparentale definito come segue: a) minori riconosciuti alla nascita da un solo genitore oppure b) un solo genitore, con uno o più figli minorenni, indicato nella certificazione ISEE oppure c) un solo genitore con ascendenti e/o parenti e con uno o più figli minorenni, indicato nella certificazione ISEE;
- di essere in stato di gravidanza;
- che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR;

Per la Linea di intervento n. 3: Interventi economici a favore di famiglie con parti trigemellari

- che la propria è una famiglia nella quale sono avvenuti n. _____ parti trigemellari in cui tutti i gemelli alla data del 20/06/2022 non avevano ancora compiuto 18 anni;
- che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR;

Per la Linea di intervento n. 3: Interventi economici a favore di famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro, di cui almeno 1 minorenne

- che la propria è una famiglia numerosa nella quale i figli fiscalmente a carico, alla data del 20/06/2022, erano in totale n. _____;
- che nel nucleo familiare sono presenti una o più persone in condizione di disagio psicofisico certificato dal SSR.

DI CHIARA ALTRESI

Dichiarazione prevista dalla Legge regionale 11 maggio 2018, n.16

(si raccomanda di prendere visione dell'intero testo della legge e di richiedere eventualmente copia del proprio casellario giudiziale alla Procura della Repubblica presso il tribunale prima di sottoscrivere la domanda)

- il Comune al trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR), consapevole che i dati raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e con le modalità previste dalla “Informativa generale privacy” ai sensi dell’art. 13 del G.D.P.R., come descritto nella sezione “Informativa sul trattamento dei dati personali” pubblicata sul sito istituzionale del Comune di _____.

ALLEG A

- fotocopia del documento di identità personale in corso di validità del richiedente;
- autocertificazione della residenza e dello stato famiglia (modulo predisposto dall’Amministrazione Comunale);
- copia dell’attestazione ISEE ordinaria in corso di validità (nel caso di nuclei familiari con minorenni allegare l’attestazione ISEE per minorenni in corso di validità, no DSU);
- (solo per i cittadini di uno Stato non aderente all’Unione Europea)* fotocopia del permesso di soggiorno (o, se scaduto anche fotocopia della documentazione comprovante l’avvenuta richiesta di rinnovo), di tutti i componenti il nucleo familiare cittadini di uno Stato non aderente all’Unione Europea;
- (solo nel caso in cui nel nucleo vi sia un figlio con certificazione di handicap ai sensi dell’art. 3 c.3, L. 104/92)* certificazione rilasciata dalla competente commissione medica di accertamento dell’handicap ai sensi dell’art. 3 c.3, L. 104/92;
- (solo per i richiedenti la linea 1 - Interventi economici a favore di famiglie con figli minori di età rimasti orfani di uno o di entrambi i genitori):*
- Copia del provvedimento di nomina a tutore attestante l’autorizzazione ad incassare somme e vincolo di destinazione a favore del minore;
 - Copia sentenza/atto/provvedimento relativi al “femminicidio”;
- (solo per i richiedenti la linea 2 - Interventi economici a favore di famiglie monoparentali o con genitori separati o divorziati in situazioni di difficoltà economica):*
- Copia dei provvedimenti emessi nel corso dei procedimenti di separazione, annullamento, scioglimento, cessazione degli effetti civili del matrimonio o unione civile, relativi a statuizioni di ordine personale/o patrimoniale tra i coniugi e nei confronti della prole e loro eventuali modificazioni;
 - Copia del certificato attestante la presenza di un riconosciuto disagio psicofisico, rilasciato dal SSR, a favore di un componente il nucleo familiare, intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l’esenzione del pagamento della prestazione sanitaria;
 - Certificato medico attestante lo stato di gravidanza della madre rilasciato dal SSN;
 - Autocertificazione da presentare unicamente per genitori separati o divorziati con figli fiscalmente a carico presenti nel nucleo familiare anagrafico (modulo predisposto dall’Amministrazione Comunale);
- (solo per i richiedenti la linea 3 - Interventi economici a favore di famiglie con parti trigemellari o con numero di figli pari o superiore a quattro)* Copia del certificato attestante la presenza di un riconosciuto disagio psicofisico, rilasciato dal SSR, a favore di un componente il nucleo familiare, intendendo per disagio una patologia riconosciuta cronica da cui derivi l’esenzione del pagamento della prestazione sanitaria;

(data sottoscrizione)

(firma del richiedente)