

Al Comune di Bressana Bottarone
Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA PER L'ESONERO TOTALE/PARZIALE
DAL PAGAMENTO DEI SERVIZI COMUNALI
MENZA, SCUOLABUS E DELLA RETTA DELLA SCUOLA MATERNA INDEMINI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

e residente a Bressana Bottarone in Via _____

codice fiscale _____

Tel./Cell _____

e-mail _____

Per i cittadini extra UE:

permesso di soggiorno rilasciato il _____ con scadenza il _____

procedura di rinnovo attivata il _____

carta di soggiorno rilasciata il _____

in qualità di genitore di:

cognome e nome _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ cap _____

via _____ n _____

codice fiscale _____

frequenterà nell'a.s. 20_____ - 20_____ la classe |1°| |2°| |3°| |4°| |5°|

scuola |_| Primaria Statale |_| Secondaria di 1° Edoardo Palli |_| Materna Indemini

cognome e nome _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ cap _____

via _____ n _____

codice fiscale _____

frequenterà nell'a.s. 20_____ - 20_____ la classe |1°| |2°| |3°| |4°| |5°|

scuola |_| Primaria Statale |_| Secondaria di 1° Edoardo Palli |_| Materna Indemini

cognome e nome _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
codice fiscale _____
frequenterà nell'a.s. 20_____ - 20_____ la classe |1°| |2°| |3°| |4°| |5°|
scuola Primaria Statale Secondaria di 1° Edoardo Palli Materna Indemini

cognome e nome _____
nato/a il _____ a _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
codice fiscale _____
frequenterà nell'a.s. 20_____ - 20_____ la classe |1°| |2°| |3°| |4°| |5°|
scuola Primaria Statale Secondaria di 1° Edoardo Palli Materna Indemini

e trovandosi in disagiate condizioni socio-economiche fa **richiesta di esonero totale/parziale dal pagamento dei seguenti servizi:**

Mensa per il/i figlio/i

Scuolabus per il/i figlio/i

Scuola materna Indemini per il/i figlio/i

All' uopo DICHIARA ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000:

1. che il proprio nucleo familiare (come risultante dallo stato di famiglia) è il seguente :

COGNOME E NOME	ETA'	PARENTELA	PROFESSIONE O CONDIZIONE
		<i>Richiedente</i>	

2. di trovarsi inoltre in una delle seguenti condizioni:

- licenziati o che hanno perso il posto di lavoro per cause non dovute alla volontà del lavoratore (escluso licenziamento per giusta causa) dal giorno _____;
- mancato rinnovo del contratto di lavoro e tempo determinato interrotto prima della scadenza prevista dal giorno _____;
- in cassa integrazione guadagni o in mobilità dal giorno _____;
- altro _____

3. | _ | Che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ componenti invalidi/disabili con invalidità superiore al 67% e senza indennità di accompagnamento e/o assegno di invalidità.

4. | _ | Che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ componenti invalidi/disabili con invalidità superiore al 67% e con indennità di accompagnamento e/o assegno di invalidità.

5. | _ | Che nel nucleo sono presenti n. _____ componenti disoccupati senza ammortizzatori sociali (mobilità, sussidio di disoccupazione)

6. | _ | Che nel nucleo sono presenti n. _____ componenti disoccupati con ammortizzatori sociali (mobilità, sussidio di disoccupazione)

7. | _ | Che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ componenti inoccupati

8. | _ | Di avere una Situazione Economica Equivalente (ISEE) calcolata in base alla dichiarazione dei redditi del valore di Euro _____ valida fino al _____

9. | _ | che il nucleo familiare nei dodici mesi precedenti in cui viene presentata la presente domanda ha percepito entrate esenti non imponibili (*Pensione sociale, indennità di accompagnamento, pensione di guerra, invalidità civile, assegno INAIL, Assegno Sociale, Pensione ciechi civili e sordomuti, borse lavoro, sussidi di disoccupazione/mobilità – e/o contributi economici da familiari da soggetti privati, con esclusione dei parenti tenuti per legge ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile o erogati da Associazioni, Comune o da altri Enti Pubblici - assistenza domiciliare, mensa scolastica, sostegno affitti, dote scuola, contributi vari ecc...*) per l'importo di € _____ come da modello allegato

OPPURE:

9. | _ | che il nucleo familiare NON ha percepito alcuna entrata esente IRPEF

10. | _ | di sostenere una spesa annuale per affitto abitazione/rate di mutuo pari a € _____;

11. | _ | non possedere patrimonio immobiliare;

OPPURE:

11. | _ | non possedere altro patrimonio immobiliare oltre la casa di proprietà;

OPPURE:

11. | _ | di possedere il seguente patrimonio immobiliare oltre la casa di proprietà:

12. Di possedere e utilizzare i seguenti beni:

○ i beni mobili registrati quali autovetture, motocicli, barche ecc.

I cui costi di gestione annuali (bollo, assicurazione ecc.) sono pari a €. _____

- i beni mobili nella disponibilità degli appartenenti al nucleo familiare quali: Computer, Impianto Hi-Fi, Videogiochi (Nintendo, XBOX, ecc.), impianto di climatizzazione ecc.

○ abbonamenti a Pay - TV _____

○ connessione a internet _____

○ telefono cellulare con linea telefonica attiva _____

altro _____

DICHIARA, inoltre, di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che potranno essere eseguiti controlli da parte degli uffici comunali diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato ovvero la variazione della situazione familiare ed economica in momenti successivi alla concessione del servizio.

Allega alla presente:

Attestazione e dichiarazione ISEE

Fotocopia carta d'identità

Per ogni componente il nucleo familiare:

Eventuale certificato di disoccupazione e/o iscrizione nelle liste di collocamento se inoccupato

Eventuale certificazione INPS attestante il percepimento del sussidio di disoccupazione o attestante la messa in mobilità.

Certificato dell'avvenuta collocazione in Cassa Integrazione speciale rilasciata dal Centro per l'Impiego o dichiarazione del datore di lavoro.

Eventuali certificati di invalidità se superiore al 67 %

Permesso/carta soggiorno

N.B. - Si fa presente che :

La somma degli importi eventualmente concedibili per contributi, esenzioni e agevolazioni di qualsiasi natura erogabili dall'Ente, con esclusione dei contributi straordinari ai lavoratori in mobilità, cassa integrazione o disoccupati, non può mai ed in nessun caso superare la differenza tra il valore ISEE massimo ed il valore ISEEE del richiedente la prestazione sociale. A tal fine viene data la priorità all'integrazione delle rette scolastiche sulla base dei benefici ipotetici concessi con apposita determinazione di concessione del diritto, facendo riferimento all'intero anno scolastico che termina nel mese di giugno dell'anno in cui si presenta.

Per accedere alle prestazioni sociali agevolate l'utente non deve risultare moroso di tributi, imposte o rette comunali. In caso di morosità, per accedere ai benefici l'utente dovrà presentare documentazione che attesti il recupero o un piano di recupero delle morosità stesse.

Allo scopo di accertare la corrispondenza tra quanto dichiarato dal richiedente e la situazione di fatto, sono eseguite visite domiciliari.

Nel caso in cui il tenore di vita effettivo sia in contrasto con lo stato di indigenza dichiarato, sono disposte indagini anche a mezzo della Polizia Locale.

La domanda deve essere riconsegnata presso l'ufficio Servizi Sociali, in orario di apertura al pubblico.

PRIVACY – Legga attentamente la nota informativa per la privacy ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003

L'Amministrazione Comunale informa che:

- a) i dati personali comunicati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nel pieno rispetto dei principi fissati dalla normativa richiamata al solo scopo di procedere all'istruttoria della pratica e ai relativi controlli ad essa correlati;
- b) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;
- c) il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione o l'annullamento dei procedimenti amministrativi;
- d) in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti ad altri Enti competenti ad eccezione dei dati relativi allo stato di salute;
- e) il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati

Bressana Bottarone, lì _____ F I R M A _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

e residente a Bressana Bottarone in Via _____

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o contenenti dati non rispondenti a verità ed in tal senso ammonito (Art. 76 DPR 28.12.2000, n. 445)

DICHIARA

Che nei dodici mesi precedenti alla presente richiesta, il proprio nucleo familiare ha percepito i seguenti

REDDITI ESENTI IRPEF:

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Pensione Sociale | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensione di guerra: | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Invalidità civile | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assegno INAIL | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assegno Sociale | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensione cechi civili e sordomuti | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assegno di frequenza per minori | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Indennità di affidamento per minori | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assegno di mantenimento | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Contributo per affitto (Legge 431/98) | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Indennità di Maternità (art. 66 Legge 448/98) | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assegno Nucleo Familiare (art. 65 Legge 448/98) | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Contributi per i libri di testo (art. 27 Legge 448/98) e/o Dote scuola | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Borse di Studio (Legge 62/2000) | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensione erogata da stato estero | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Contributo sociale | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Riduzione o esonero pagamento mensa scolastica
Per il/i figlio/i _____ | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Riduzione o esonero pagamento trasporto scolastico
Per il/i figlio/i _____ | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Quota comunale FSA | Euro _____ |

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Servizio di Assistenza Domiciliare | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Pasti a domicilio | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Riduzione o esonero retta Asilo Indemini | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Integrazione/pagamento rette in strutture residenziali | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Assistenza educativa per minori | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Erogazione assistenziale del Comune | Euro _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | Euro _____ |

TOTALE

Euro _____

(data)

(firma)