

Al Sig. Sindaco
del Comune di Palmi

OGGETTO: Richiesta contributo per spese sanitarie ai sensi del Regolamento comunale per la concessione dei contributi e benefici economici a favore di persone e famiglie indigenti o in stato di difficoltà temporanea (Deliberazione C.C. 92/2021)

ISTANZA DICHIARAZIONE

(AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a.....
nat... a il residente nel Comune
divia/piazza
n. Contatto telefonico E mail:
codice Iban

CHIEDE

la concessione di un contributo per spese sanitarie straordinarie e impreviste non garantite dal Sistema Sanitario Nazionale per le seguenti motivazioni:

- ☐ acquisto di farmaci e specialità farmaceutiche particolarmente onerose a totale carico del paziente;
- ☐ altre spese di carattere sanitario non rimborsabili dal S.S.N. (apparecchi ortodontici, lenti da vista e montature nella versione base, protesi di vario genere) *(descrivere)*.....
- ☐ eventuali rimborsi spese di viaggio e/o di soggiorno per persone che si devono sottoporre a cure o terapie fuori dal territorio coincidente con il Distretto Sanitario di riferimento, perché nel territorio distrettuale di riferimento non sono presenti. È possibile presentare tale richiesta di rimborso esclusivamente nel caso di mancato accesso ad analoga agevolazione erogata dall'ASP.

e a tal fine dichiara che il proprio nucleo familiare, alla data della richiesta, è composto dalle seguenti persone: (indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela di tutti i componenti, compreso il dichiarante)

Grado di parentela	Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Soggetto Disabile

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare

- ☐ **non è assegnatario di misure nazionali di sostegno al reddito** in vigore al momento di presentazione della richiesta (a titolo esemplificativo, non essere beneficiario dell'attuale misura denominata Reddito di Cittadinanza ai sensi del D.L. n. 4 del 28/1/2019 convertito con modificazioni dalla L. 28 marzo 2019, n. 26).
- ☐ **è assegnatario di misure nazionali di sostegno al reddito** in vigore al momento di presentazione della richiesta ma per tali spese sanitarie non è stato possibile utilizzare la carta prepagata RdC per il seguente motivo:
.....

2. Di avere un ISEE, in corso di validità e priva di omissioni/difformità con importo pari o inferiore alla soglia di € 5.000 (cinquemila/00).
3. Di percepire una o più delle seguenti fonte di reddito non imponibile e quindi esclusa dall'ISEE, quali (indicare reddito percepito e importo):

1) Redditi esenti:

- ☐ Assegno di accompagnamento € _____
- ☐ Assegno sociale/pensione sociale € _____
- ☐ Rendite INAIL € _____
- ☐ Pensioni di guerra € _____
- ☐ Pensioni per ciechi € _____
- ☐ Invalidità civile € _____
- ☐ Assegni periodici destinati al mantenimento dei figli spettanti al coniuge in conseguenza di separazione, annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio, risultante da provvedimenti dell'Autorità giudiziaria (verrà richiesta copia dell'atto di separazione o del decreto con cui è stato stabilito il divorzio) € _____
- ☐ NESSUNA DELLE PRECEDENTI

2) Contributi statali di cui il richiedente ha beneficiato:

- ☐ Assegno di maternità € _____
- ☐ Assegno famiglia numerosa € _____
- ☐ Contributi regionali € _____
- ☐ NESSUNA DELLE PRECEDENTI

3) Contributi comunali vari di cui il richiedente ha beneficiato:

- ☐ Integrazione fondo sostegno affitto € _____
- ☐ Esenzione tariffe scolastiche, rette di servizi, TIA, ecc ...
- ☐ Costi sostenuti per sistemazione alloggi o alloggi procurati dal Comune stesso
- ☐ Contributi erogati per il pagamento di utenze e/o servizi € _____
- ☐ Concessione di buoni spesa € _____
- ☐ Abitazione in alloggio ERP o ad uso gratuito
- ☐ Aiuti ricevuti da Enti e associazioni di volontariato
- ☐ NESSUNA DELLE PRECEDENTI

Allega:

- Copia fotostatica del documento d'identità del sottoscrittore;
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE;
- Altro (specificare) _____

Luogo e data

Firma

Il/La sottoscritto/a autorizzo/a al trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dal Regolamento sulla privacy, ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679). Il trattamento dei dati sensibili contenuti nel presente modulo verranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni richieste, secondo le disposizioni contenute nel Regolamento sulla privacy, ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Palmi..... Firma.....

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto a quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000. Inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere art. 75 DPR 445/2000

Palmi..... Firma.....

DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE, A PENA DI ESCLUSIONE

In caso di situazione economica pari a zero

Il/La sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____
Via _____ codice fiscale _____ ,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di poter godere della seguente fonte di sostentamento per il proprio nucleo familiare per l'anno in corso:

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante _____