**Domanda per l’accesso**

**all’Intervento “*La famiglia cresce*”:**

**sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi.**

**Riprogrammazione delle risorse disponibili**

**Fondo Nazionale delle Politiche Sociali**

**Deliberazione G.R. n. 39/41 del 03.10.2019**

**All’Ufficio Servizi Sociali**

**del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ambito territoriale PLUS Trexenta**

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter fruire dei benefici di cui alla Deliberazione G.R. N. 39/41 DEL 03.10.2019 – “La Famiglia cresce” sostegno economico a favore di nuclei familiari numerosi. Riprogrammazione delle risorse disponibili Fondo Nazionale delle Politiche Sociali.

**A TAL FINE DICHIARA CHE:**

* nel proprio nucleo familiare, anche mono-genitoriale, almeno un componente è residente nel territorio della Regione da almeno 24 mesi;
* la propria unione civile / convivenza di fatto ha avuto inizio da almeno sei mesi dal momento della presentazione della domanda;

- il reddito familiare, calcolato secondo il metodo dell’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non è superiore per l’anno 2019 a € 30.000;

- di avere N. \_\_\_\_\_ figli fiscalmente a carico, di età compresa tra zero e venticinque anni;

* di avere N. \_\_\_\_\_ figli nei primi 100 giorni di vita;
* di avere N. \_\_\_\_\_figli con disabilità.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Figli fiscalmente a carico**  **di età compresa tra zero e venticinque anni** | | |
| **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATA DI NASCITA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* che è consapevole della responsabilità penale, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell’articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico del PLUS Trexenta per l’ammissione alla fruizione dei contributi in oggetto, redatto secondo le previsioni della Deliberazione G.R. N. 39/41 DEL 03.10.2019 e relativo allegato.

|  |  |
| --- | --- |
| **Aree prioritarie alle quali il nucleo familiare intende destinare il contributo** | **(Segnare con una X)** |
| Generi di prima necessità |  |
| Istruzione scolastica |  |
| formazione |  |
| salute |  |
| Benessere e sport |  |
| Altro (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |

**ALLEGA ALTRESI’**

* copia del documento d’identità in corso di validità del richiedente
* copia dell’attestazione ISEE, rilasciata nell’anno 2019

**(se ricorre il caso)**

certificazione Sanitaria comprovante l'invalidità e/o la disabilità

**CHIEDE INOLTRE**

che in caso di accoglimento della domanda il contributo economico venga corrisposto con accredito su conto corrente identificato dal seguente codice IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Beneficiario (Intestato a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si specifica che l’intestatario del conto deve coincidere con il richiedente. In caso di conto cointestato indicare anche il nominativo del cointestatario, oltre a quello del richiedente.**

**Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**