

Schema di domanda per l'erogazione del Buono Famiglia per l'anno 2010

A.S.L. _____

DOMANDA DI CONTRIBUTO BUONO FAMIGLIA

ai sensi della d.g.r. n. VIII/11197 del 03.02.2010

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

In relazione a quanto disposto dall'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.00, previa ammonizione sulle conseguenze previste dall'art. 76 D. Lgs. 443/00 in caso di dichiarazioni false o mendaci a pubblico ufficiale, dichiara e attesta quanto segue:

Il sottoscritto:

Codice fiscale					
Nome					
Cognome					
Indirizzo residenza					N°
CAP 	Comune di Residenza				PROV
Indirizzo domicilio (1)					N°
CAP 	Comune di Domicilio				PROV
Luogo di nascita					
Data di nascita / / 	Sesso	☐ M ☐ F			
Cittadinanza (2)					
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1	Handicap permanente (4)	☐ SI'	Invalidità superiore a 66% (5)	☐ SI'
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2		☐ NO		☐ NO
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3				
Reddito individuale (6)	€	 , 00		Modello (7)	 / 2009

CHIEDE

la concessione del contributo Buono Famiglia ai sensi della d.g.r. n. VIII/11197 del 03.02.2010
“Determinazioni in ordine alle modalità di assegnazione del Buono Famiglia per l’anno 2010”.

A tal fine

DICHIARA:

- 1) di contribuire al pagamento della retta di :

Nome																											
Cognome																											
Indirizzo residenza (8)																					N°						
CAP					Comune di Residenza																			PROV			
Luogo di nascita																											
Data di nascita			/			/			Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (9)															
Codice fiscale																											

ricoverato/a presso

Denominazione della struttura																											
Indirizzo																					N°						
CAP					Comune																			PROV			

AVVERTENZE: se il richiedente si trova in una situazione di disagio economico in conseguenza dell’interruzione o della sospensione del rapporto di lavoro, deve compilare solo la SEZIONE B.



2) che sono componenti del proprio nucleo familiare le seguenti persone:

SEZIONE A

Codice fiscale																										
Nome																										
Cognome																										
Indirizzo residenza																					N°					
CAP						Comune di Residenza																PROV				
Indirizzo domicilio (1)																					N°					
CAP						Comune di Domicilio																PROV				
Luogo di nascita																										
Data di nascita						Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (10)																	
Cittadinanza (2)																										
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1		Handicap permanente (4)		☐ SI' ☐ NO		Invalidità superiore a 66% (5)								☐ SI' ☐ NO											
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2																									
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3																									
Reddito individuale (6)	€							, 00		Modello (7)						/ 2009										

Codice fiscale																										
Nome																										
Cognome																										
Indirizzo residenza																					N°					
CAP						Comune di Residenza																PROV				
Indirizzo domicilio (1)																					N°					
CAP						Comune di Domicilio																PROV				
Luogo di nascita																										
Data di nascita						Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (10)																	
Cittadinanza (2)																										
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1		Handicap permanente (4)		☐ SI' ☐ NO		Invalidità superiore a 66% (5)								☐ SI' ☐ NO											
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2																									
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3																									
Reddito individuale (6)	€							, 00		Modello (7)						/ 2009										

Codice fiscale																										
Nome																										
Cognome																										
Indirizzo residenza																					N°					
CAP						Comune di Residenza																PROV				
Indirizzo domicilio (1)																					N°					
CAP						Comune di Domicilio																PROV				
Luogo di nascita																										
Data di nascita						Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (10)																	
Cittadinanza (2)																										
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1		Handicap permanente (4)		☐ SI' ☐ NO		Invalidità superiore a 66% (5)								☐ SI' ☐ NO											
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2																									
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3																									
Reddito individuale (6)	€							, 00		Modello (7)						/ 2009										



SEZIONE A

Codice fiscale																
Nome																
Cognome																
Indirizzo residenza													N°			
CAP			Comune di Residenza											PROV		
Indirizzo domicilio (1)													N°			
CAP			Comune di Domicilio											PROV		
Luogo di nascita																
Data di nascita							Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (10)						
Cittadinanza (2)																
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1		Handicap permanente (4)		☐ SI' ☐ NO		Invalidità superiore a 66% (5)		☐ SI' ☐ NO							
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2															
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3															
Reddito individuale (6)	€						, 00		Modello (7)				/ 2009			

Codice fiscale																
Nome																
Cognome																
Indirizzo residenza													N°			
CAP			Comune di Residenza											PROV		
Indirizzo domicilio (1)													N°			
CAP			Comune di Domicilio											PROV		
Luogo di nascita																
Data di nascita							Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (10)						
Cittadinanza (2)																
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1		Handicap permanente (5)		☐ SI' ☐ NO		Invalidità superiore a 66% (5)		☐ SI' ☐ NO							
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2															
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3															
Reddito individuale (6)	€						, 00		Modello (7)				/ 2009			

Codice fiscale																
Nome																
Cognome																
Indirizzo residenza													N°			
CAP			Comune di Residenza											PROV		
Indirizzo domicilio (1)													N°			
CAP			Comune di Domicilio											PROV		
Luogo di nascita																
Data di nascita							Sesso	☐ M ☐ F		Grado di parentela (10)						
Cittadinanza (2)																
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	☐ 1		Handicap permanente (4)		☐ SI' ☐ NO		Invalidità superiore a 66% (5)		☐ SI' ☐ NO							
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	☐ 2															
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	☐ 3															
Reddito individuale (6)	€						, 00		Modello (7)				/ 2009			



per un totale di componenti.

- 3) che nel nucleo familiare è presente almeno un figlio minore (sono compresi i minori in affidamento familiare);
- 4) che il sottoscritto è residente in Lombardia;
- 5) che nell'anno 2008 il canone annuo di locazione dell'abitazione di residenza ammontava a (11):

.....,00

Al fine dell'erogazione del contributo dichiara inoltre (12):

di essere intestatario di un conto corrente

☐

di non essere intestatario di alcun conto corrente

☐

Banca

Filiale

IBAN

Si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenuta rispetto alle dichiarazioni rese.

A tal fine allega, in copia:

- documentazione attestante il pagamento della retta del familiare ricoverato (il familiare deve risultare ricoverato alla data di presentazione della domanda di contributo);
- documentazione relativa al reddito familiare (che comprende tutti i redditi percepiti nell'anno 2008 dai componenti del nucleo familiare documentati attraverso il mod CUD 2009, mod 730/2009, mod UNICO 2009).

Dichiara infine che, quale sottoscrizione della presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e quale autentica della documentazione esibita in copia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito telefonico.....

Indirizzo posta elettronica.....

.....,/...../2010

.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'ASL, Titolare del trattamento, informa che la raccolta dei dati personali, effettuata con il presente modulo, è finalizzata ai trattamenti inerenti la gestione dell'erogazione del 'Buono Famiglia'. Il mancato conferimento di tali dati, comunque facoltativo, non consentirà all'ASL di prendere in considerazione la richiesta. I dati personali conferiti saranno trattati sia su supporto cartaceo sia mediante strumenti elettronici. I trattamenti sono effettuati in conformità con le prescrizioni di legge e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza ed i diritti dell'interessato.

I dati forniti non saranno soggetti a diffusione e verranno trattati dal personale dell'ASL da questa incaricato al trattamento. L'ASL effettua il trattamento sui sistemi informativi di Lombardia Informatica SpA, Via Don Minzoni 24, 20158 Milano, designata Responsabile per i trattamenti ad essa affidati.

L'ASL comunica, inoltre, a Regione Lombardia (Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale) le graduatorie prodotte per i controlli previsti dalla legge.

Le richieste di esercizio dei diritti previsti dal Codice a favore dell'interessato (art. 7 e ss: accesso ai dati, cancellazione, integrazione, aggiornamento, ecc.) possono essere indirizzate al recapito del Titolare del trattamento(specificare l'indirizzo dell'ASL)

SEZIONE B

2) di essere in cerca di occupazione in quanto:

è stato licenziato dall'Azienda	in data / /
oppure	
ha cessato un rapporto di lavoro • a tempo determinato ☐ • di somministrazione ☐ • di collaborazione a progetto ☐ con l'Azienda	

e

di aver rilasciato dichiarazione di immediata disponibilità (DID) al seguente Servizio competente:

Centro per l'Impiego di				
oppure				
<table border="1"> <tr> <td>Operatore accreditato</td> <td>Sede</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Operatore accreditato	Sede		
Operatore accreditato	Sede			
.....				

3) di essere dipendente dell'Azienda

..... Denominazione Azienda	
di essere in Cassa Integrazione • Ordinaria ☐ • Straordinaria ☐ • In deroga ☐	
e di avere ricevuto comunicazione scritta dall'Azienda in data	/ /

4) che il sottoscritto è residente in Lombardia

Al fine dell'erogazione del contributo dichiara inoltre (12):

di essere intestatario di un conto corrente ☐	di non essere intestatario di alcun conto corrente ☐
--	---

Banca	Filiale	IBAN



Si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenuta rispetto alle dichiarazioni rese.

A tal fine allega, in copia:

- documentazione attestante il pagamento della retta del familiare ricoverato (il familiare deve risultare ricoverato alla data di presentazione della domanda di contributo);
- documentazione attestante l'interruzione (disoccupazione/mobilità) del rapporto di lavoro:
 - dichiarazione di immediata disponibilità (DID) rilasciata al Centro per l'impiego o ad altra struttura accreditata;

oppure

- documentazione attestante la sospensione (cassa integrazione ordinaria, straordinaria, in deroga) del rapporto di lavoro:
 - dichiarazione/certificazione del datore di lavoro relativa alla condizione di cassa integrazione.

Dichiara infine che, quale sottoscrizione della presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e quale autentica della documentazione esibita in copia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito telefonico.....

Indirizzo posta elettronica.....

.....,/...../2010

.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'ASL, Titolare del trattamento, informa che la raccolta dei dati personali, effettuata con il presente modulo, è finalizzata ai trattamenti inerenti la gestione dell'erogazione del 'Buono Famiglia'. Il mancato conferimento di tali dati, comunque facoltativo, non consentirà all'ASL di prendere in considerazione la richiesta. I dati personali conferiti saranno trattati sia su supporto cartaceo sia mediante strumenti elettronici. I trattamenti sono effettuati in conformità con le prescrizioni di legge e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza ed i diritti dell'interessato.

I dati forniti non saranno soggetti a diffusione e verranno trattati dal personale dell'ASL da questa incaricato al trattamento. L'ASL effettua il trattamento sui sistemi informativi di Lombardia Informatica SpA, Via Don Minzoni 24, 20158 Milano, designata Responsabile per i trattamenti ad essa affidati.

L'ASL comunica, inoltre, a Regione Lombardia (Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale) le graduatorie prodotte per i controlli previsti dalla legge.

Le richieste di esercizio dei diritti previsti dal Codice a favore dell'interessato (art. 7 e ss: accesso ai dati, cancellazione, integrazione, aggiornamento, ecc.) possono essere indirizzate al recapito del Titolare del trattamento(specificare l'indirizzo dell'ASL)

Istruzioni per la compilazione della domanda

La scheda va compilata in tutte le sue parti. Errori od omissioni possono comportare il non accoglimento della domanda.

- 1) Il **domicilio** va specificato solo se diverso dalla residenza.
- 2) Nel campo “**cittadinanza**” specificare la propria cittadinanza (es. italiana - straniera) .
- 3) (Compilare solo se il dichiarante ha cittadinanza straniera). Barrare la casella 1 solo se il dichiarante è cittadino comunitario iscritto in anagrafe, oppure barrare la casella 2 solo se il dichiarante è cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo, oppure barrare la casella 3 solo se il dichiarante è cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo.
- 4) Nel campo “**handicap permanente**” barrare SI’ solo se la persona è stata riconosciuta portatore di handicap ai sensi dell’art 3, comma 3 della legge 104/92 dalla competente Commissione Medica Integrata dell’Asl.
- 5) Nel campo “**invalidità superiore al 66%**” barrare SI’ solo se alla persona è stato riconosciuto un grado di invalidità civile superiore al 66% dalla Commissione Medica dell’Asl.
- 6) **La compilazione del campo è obbligatoria solo per il richiedente che compila la SEZIONE A. Il reddito** va specificato per tutti i componenti familiari che hanno percepito un reddito nell’anno 2008. E’ necessario autocertificare anche i redditi che non hanno raggiunto il valore minimo richiesto per essere dichiarati. A seconda del tipo di dichiarazione fiscale il reddito individuale deve essere calcolato come segue:
 - modello CUD 2009, parte B, il valore esposto nel campo 1 al quale deve essere sommato il valore esposto nel campo 2;
 - modello 730-3 2009, parte “Prospetto di liquidazione relativo all’assistenza fiscale prestata”, il valore esposto nel rigo 6 colonna 1 “dichiarante” al quale deve essere sottratto il valore esposto nel rigo 7 colonna 1 “dichiarante”;
 - modello UNICO - persone fisiche – 2009, parte “QUADRO RN IRPEF”, il valore esposto nel rigo RN 1 colonna 4 al quale deve essere sottratto il valore esposto nel rigo RN 2.
- 7) **La compilazione del campo è obbligatoria solo per il richiedente che compila la SEZIONE A.** Nel campo ‘**Mod**’ indicare il modello fiscale da cui si ricava il reddito individuale (CUD 2009, 730-3 2009, Unico - persone fisiche 2009).
- 8) Nel campo “**Indirizzo residenza**” riportare la residenza del familiare per il quale si contribuisce al pagamento della retta che, in alcuni casi, può coincidere con quella della struttura presso cui è ricoverato.
- 9) Nel campo “**Grado di parentela**” specificare la relazione tra la persona ricoverata e il richiedente (ad esempio padre, madre, moglie, marito, figlio, minore in affidato, altro parente).
- 10) Nel campo “**Grado di parentela**” specificare la relazione tra i componenti del nucleo familiare e il richiedente (ad esempio moglie, marito, figlio, minore in affidato, padre, madre, altro parente).
- 11) (Compilare solo se l’abitazione in cui il dichiarante risiedeva nel 2008 non era di proprietà) Nel campo ‘**Canone locazione annuo**’ va indicato il canone annuo di affitto corrisposto nell’anno 2008 per l’abitazione in cui il dichiarante risiedeva nel 2008.
- 12) I dati relativi al **conto corrente** devono necessariamente essere quelli del dichiarante. Nel caso in cui il dichiarante sia titolare di un conto corrente postale nel campo ‘Banca’ specificare il valore ‘Poste’ e lasciare in bianco il campo ‘Filiale’.