



CONTRIBUTO
FAMILIARE,
DISABILI
2021

COMUNE DI VALGUARNERA CAROPEPE
(Libero Consorzio Comunale di Enna)

AVVISO

Si informa che l'Amministrazione Comunale, **per l'anno 2021**, intende sostenere i cittadini residenti nel Comune di Valguarnera, che si recano presso i Centri di Riabilitazione, giusta autorizzazione ai trattamenti riabilitativi rilasciata dal Distretto D.22-A.S.P. di Enna, ai sensi dell'ex art.26 Legge 833/78; art. 3 della Legge 104/92, del D.P. 27/01/2006 n.4.

L'accesso al beneficio è determinato dal possesso dei requisiti previsti dall'art.3 della Legge 104/1992, previa autorizzazione ai trattamenti riabilitativi rilasciata semestralmente dal Distretto Sanitario-A.S.P. di Enna.

L'istanza, redatta su modello scaricabile dalla *Sez. Modulistica* del Sito del Comune di Valguarnera: www.comune.valguarnera.en.it deve essere presentata **entro e non oltre il 30-06-2021**

Il contributo, commisurato al costo del biglietto con mezzo pubblico, viene liquidato semestralmente a favore di soggetti diversabili ammessi al beneficio, previa attestazione rilasciata dai Centri riabilitativi convenzionati.

Ulteriori informazioni possono essere assunte presso la Sede Municipale - Uffici Servizi Sociali - Responsabile del Servizio Sig. Maria Grazia Accorso-tel:0935 955143- e mail: servizisociali@comune.valguarnera.en.it

Il presente Avviso con l'allegato modello di richiesta è pubblicato sul succitato sito istituzionale dell'Ente.

Dalla Residenza Municipale, addì 10-02-2021

Il Responsabile del Settore AA.GG.

Giuseppe Giarmànà

OGGETTO: Richiesta **contributo per trasporto disabili** presso centri di riabilitazione.

__I__ sottoscritt__ _____

nato/a _____ il _____ con residenza nel Comune

di Valguarnera alla Via _____ n° _____

Codice Fiscale: _____ tel _____

-Preso atto dell'Avviso Pubblico datato ____ che prevede le modalità e il termine della presentazione della presente istanza:

CHIEDE

per il _____ semestre dell'anno _____ un contributo per trasporto disabili presso il Centro di Riabilitazione _____ di _____

A corredo della presente domanda da presentare nei 2 semestri nel corso dell'anno solare, allegare:

- 1) Copia dell'autorizzazione al trattamento riabilitativo, rilasciata dalla AUSL contenente il numero delle terapie da svolgere;
- 2) L'allegata autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare, la residenza, l'attività lavorativa e il reddito complessivo del nucleo familiare;
- 3) Copia del certificato di invalidità civile o copia del certificato rilasciato dalla AUSL (Commissione L. 104/92), solo per chi ne è in possesso;
- 4) Fotocopia di un documento d'identità e del codice fiscale del richiedente;
- 5) Fotocopia Codice IBAN intestato al richiedente;

Le PRESENZE dovranno essere presentate, a completamento del semestre: (PENA ESCLUSIONE DAL BENEFICIO) come di seguito indicato:

1° semestre entro il mese di Luglio;

2° semestre entro il mese di Gennaio dell'anno successivo.

Valguarnera Caropepe, li _____

FIRMA

Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, acconsento qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta. 1) Al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) Al trattamento dei miei dati sensibili all'estero; 3) Alla comunicazione dei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) Alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta, non consento a quanto indicato ai punti 1 2 3 4

Consapevole della responsabilità civile e penale per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni.

In caso di dichiarazioni false, il cittadino può subire una condanna penale e decade da eventuali benefici ottenuti con la autocertificazione.

d) possiede uno o più immobili;

SI NO

6) che nessuno dei componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta per la stessa motivazione ad altri Enti, in relazione ai bisogni richiesti nell'allegata domanda di assistenza economica;

7) di non fruire di altre forme di assistenza (rendite provvisorie e vitalizie, INAIL, ricovero minori, ex ANMIL, ex ENAOLI, Illegittimi, R.M.I., ecc...)

8) che nessuno dei componenti il nucleo familiare con handicap psico-motorio permanente ha invalidità superiore al 60%

SI NO

DICHIARA, altresì, che il reddito complessivo dell'intero nucleo familiare ai fini IRPEF è stato di € _____.

REDDITO DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE:

DESCRIZIONE	DICHIARANTE	CONIUGE	FIGLI o Altri Conviventi
a) TERRENI EDIFICABILI TERRENI AGRICOLI			
b) FABBRICATI			
c) LAVORO AUTONOMO			
d) LAVORO DIPENDENTE			
e) PENSIONE RENDITE O VITALIZI			
f) ASSEGNO INVALIDITA' CIVILE-ACCOMPAGNAM.			

Valguarnera Caropepe, li _____

IL DICHIARANTE
