



Amministrazione destinataria

Comune di Marrubiu

Ufficio destinatario

Area Politiche sociali

## Domanda di sussidi economici a favore di persone con disturbo mentale

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata					

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Le comunicazioni relative al procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

- il rilascio di sussidi economici  
 il rinnovo di sussidi economici

### Soggetto interessato

- per sè stesso  
 per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Provincia	Comune									

### in qualità di (\*)

Ruolo

In qualità di (\*):

amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

### CHIEDE INOLTRE

che il versamento dei sussidi economici avvenga con la seguente modalità

- direttamente al beneficiario mediante
- quietanza diretta
  - accredito su conto corrente o altra tipologia simile

Istituto di credito

IBAN

- ad altro beneficiario mediante

- accredito su c/c postale o bancario

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- accredito su carta prepagata

Codice IBAN

Cognome intestatario

Nome intestatario

- rimessa diretta

*(solo per importi inferiori a 1.000,00 €)*

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di essere in carico presso

- il servizio di neuropsichiatria

Denominazione

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Dottore di riferimento

- il centro di salute mentale

Denominazione

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Dottore di riferimento

che il proprio nucleo familiare e i relativi redditi sono quelli riportati nella tabella seguente

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito annuo netto
				€
				€
				€
				€
				€
<b>Anno di riferimento</b>				<b>Totale reddito annuo netto</b>
				€

di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali regionali

di aver presentato dichiarazione dei redditi del nucleo

di non percepire, per la stessa patologia, altre provvidenze assistenziali

di impegnarsi, ai sensi dell'art. 7 comma 4 della L.R. 30.5.1997, n. 20, a comunicare al Comune di Marrubiu, l'eventuale periodo di tempo in cui usufruirà del "servizio residenziale" i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale oppure soggetto pubblico, ai sensi dell'art. 48 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

di aver percepito le seguenti entrate escluso l'assegno di accompagnamento

<input type="checkbox"/> pensione di invalidità			
<b>Anno di riferimento</b>		<b>Importo</b>	
			€
<input type="checkbox"/> indennità di frequenza			
<b>Anno di riferimento</b>		<b>Importo</b>	
			€
<input type="checkbox"/> pensione di accompagnamento			
<b>Anno di riferimento</b>		<b>Importo</b>	
			€
<input type="checkbox"/> reddito di inclusione sociale (REIS)			
<b>Anno di riferimento</b>		<b>Importo</b>	
			€
<input type="checkbox"/> reddito di cittadinanza (RDC)			
<b>Anno di riferimento</b>		<b>Importo</b>	
			€
<input type="checkbox"/> altro			
<b>Nome del reddito</b>			
<b>Anno di riferimento</b>		<b>Importo</b>	
			€

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e di assumere tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione

### il nucleo familiare è in possesso di attestazione ISEE

Importo

€

Data di rilascio

Data di scadenza

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- richiesta di intervento
- dichiarazione ASL
- copia del certificato del medico specialista
- documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Marrubiu

Luogo

Data

Il dichiarante