

DOMANDA DI MISURA ATTIVA DI SOSTEGNO AL REDDITO

ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 15/2015 e dell'art. 5 del D.P.REG.....

Il/La sottoscritto/a richiedente

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita	Codice Fiscale	Sesso (M/F)	Stato di cittadinanza
__/__/____			
Comune di nascita	Prov.	Stato di nascita	
Indirizzo di residenza	Comune	CAP	Prov.
Recapito telefonico	Indirizzo e-mail	Indirizzo PEC	

Documento di riconoscimento:

Tipo	Numero	rilasciato da	Ente	Località	Data

Allegare copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza (solo se diverso dall'indirizzo di residenza)

Indirizzo	Comune	CAP.	Prov.

CHIEDE

la concessione della Misura attiva di sostegno al reddito ai sensi della legge regionale 15/2015 per il proprio nucleo familiare, come riportato nel quadro A della DSU n. _____ presentata in data _____ da _____ (Codice Fiscale: _____), che risulta così composto:

Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita	Luogo di nascita

N.B.: Per ogni componente va compilato il relativo modulo "Dettaglio componenti del nucleo familiare del richiedente", di seguito riportato.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- che almeno un componente del nucleo familiare è residente in Friuli Venezia Giulia da almeno ventiquattro mesi continuativi;
- che il richiedente la Misura rientra tra i soggetti di cui all'articolo 4, comma 1, della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
- che il nucleo familiare beneficiario ha un ISEE ordinario ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013, ovvero un ISEE corrente ai sensi dell'articolo 9 del decreto medesimo, inferiore o uguale a 6.000 euro;
- che nessun componente del nucleo familiare è stato destinatario, nei diciotto mesi antecedenti la presentazione della presente domanda, di

DOMANDA DI MISURA ATTIVA DI SOSTEGNO AL REDDITO

ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 15/2015 e dell'art. 5 del D.P.REG.

provvedimenti di decadenza dalla Misura stessa o da altre prestazioni di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale, ai sensi della vigente normativa in materia di rilascio di dichiarazioni mendaci e uso di atti falsi;

- che nessun componente del nucleo familiare è intestatario di autovetture soggette all'addizionale erariale della tassa automobilistica di cui all'articolo 23, comma 21, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria) convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, comunque di cilindrata non superiore a 2.000 cc se alimentate a benzina o 2.500 cc se diesel, nonché di motoveicoli di cilindrata superiore a 750 cc;
- che nessun componente del nucleo familiare è intestatario di navi e imbarcazioni da diporto di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b) e c), del decreto legislativo 18 luglio 2005, n. 171 (Codice della nautica da diporto ed attuazione della direttiva 2003/44/CE, a norma dell'articolo 6 della legge 8 luglio 2003, n. 172);
- che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario, nello stesso periodo nel quale la Misura è concessa, di altri trattamenti economici, anche fiscalmente esenti, di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale, a qualunque titolo concessi dallo Stato o da altre pubbliche amministrazioni, il cui valore complessivo sia superiore a 600 euro mensili, elevati a 900 euro in caso di presenza nel nucleo di persona non autosufficiente, come definita ai fini ISEE e risultante nella DSU.

CHIEDE

che il contributo economico venga erogato con una delle seguenti modalità:

<input type="checkbox"/>	Accreditamento sul conto corrente postale n.: _____												
	intestato a: _____												
<input type="checkbox"/>	Accreditamento sul conto corrente bancario di seguito indicato aperto presso l'istituto di credito: _____												
	dipendenza: _____												
	intestato a: _____												
	coordinate bancarie del conto da accreditare:												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 20%;">Paese</th><th style="width: 10%;">Cin Eur</th><th style="width: 5%;">Cin</th><th style="width: 20%;">Codice ABI (banca)</th><th style="width: 20%;">Codice CAB (sportello)</th><th style="width: 25%;">Numero conto corrente</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Paese	Cin Eur	Cin	Codice ABI (banca)	Codice CAB (sportello)	Numero conto corrente						
Paese	Cin Eur	Cin	Codice ABI (banca)	Codice CAB (sportello)	Numero conto corrente								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tbody><tr><td style="width: 50%;"><small>coordinate IBAN</small></td><td style="width: 50%;"><small>coordinate BBAN</small></td></tr></tbody></table>	<small>coordinate IBAN</small>	<small>coordinate BBAN</small>										
<small>coordinate IBAN</small>	<small>coordinate BBAN</small>												
<input type="checkbox"/>	Altra modalità: _____												

Il/La sottoscritto/a richiedente altresì dichiara:

- di impegnarsi affinché i componenti del nucleo familiare che hanno compiuto il diciottesimo anno di età presenti all'interno del nucleo familiare sopra riportato si renderanno disponibili ad aderire a un percorso concordato finalizzato a superare le condizioni di difficoltà del nucleo.

Il/La sottoscritto/a richiedente si dichiara consapevole:

- che dovrà compilare gli appositi questionari distribuiti dal Servizio Sociale del Comune o dal Servizio per l'impiego competente all'avvio, nel corso e al termine della Misura concessa, in riferimento ai quali vi è l'obbligo di risposta ad eccezione delle domande riferite a dati sensibili e giudiziari;
- che l'adesione da parte dei componenti del nucleo familiare che hanno compiuto il diciottesimo anno di età al patto di inclusione rappresenta una condizione necessaria al godimento dei benefici della Misura;
- che la violazione degli obblighi previsti dal patto di inclusione può comportare la sospensione ovvero la decadenza dalla Misura;
- che la perdita dei requisiti di accesso, durante il periodo di concessione della Misura, comporta la decadenza dalla Misura stessa;
- che ai fini del mantenimento della Misura dovrà rispettare gli obblighi di cui all'articolo 9 del Regolamento.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

DOMANDA DI MISURA ATTIVA DI SOSTEGNO AL REDDITO

ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 15/2015 e dell'art. 5 del D.P.REG.

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che:

- a) il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alla gestione della procedura di contributo per la quale la domanda è stata presentata;
- b) il trattamento dei dati raccolti verrà effettuato con modalità manuale ed informatizzata;
- c) il conferimento dei dati di cui alla presente domanda è obbligatorio e il mancato conferimento comporterà la non ammissione della stessa;
- d) i dati raccolti potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni solo nei casi espressamente previsti dalla legge;
- e) sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentando la relativa richiesta al titolare del trattamento;
- f) il titolare del trattamento dei dati è il sig./sig.ra _____.

DOMANDA DI MISURA ATTIVA DI SOSTEGNO AL REDDITO

ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 15/2015 e dell'art. 5 del D.P.REG.

Dettaglio componenti del nucleo familiare

C1. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita __/__/____		Codice Fiscale	
		Sesso (M/F)	
Comune di nascita		Prov. di nascita	Stato di nascita
Rapporto di parentela con il dichiarante		Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Già beneficiario di carta acquisti individuale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

C2. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita __/__/____		Codice Fiscale	
		Sesso (M/F)	
Comune di nascita		Prov. di nascita	Stato di nascita
Rapporto di parentela con il dichiarante		Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Già beneficiario di carta acquisti individuale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

C3. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita __/__/____		Codice Fiscale	
		Sesso (M/F)	
Comune di nascita		Prov. di nascita	Stato di nascita
Rapporto di parentela con il dichiarante		Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Già beneficiario di carta acquisti individuale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DOMANDA DI MISURA ATTIVA DI SOSTEGNO AL REDDITO

ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 15/2015 e dell'art. 5 del D.P.REG.

C4. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome		
Data di nascita _/_/___/_____	Codice Fiscale	Sesso (M/F)		
Comune di nascita		Prov. di nascita	Stato di nascita	
Rapporto di parentela con il dichiarante		Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Già beneficiario di carta acquisti individuale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

C5. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome		
Data di nascita _/_/___/_____	Codice Fiscale	Sesso (M/F)		
Comune di nascita		Prov. di nascita	Stato di nascita	
Rapporto di parentela con il dichiarante		Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Già beneficiario di carta acquisti individuale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

C6. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome		
Data di nascita _/_/___/_____	Codice Fiscale	Sesso (M/F)		
Comune di nascita		Prov. di nascita	Stato di nascita	
Rapporto di parentela con il dichiarante		Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Già beneficiario di carta acquisti individuale		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

DOMANDA DI MISURA ATTIVA DI SOSTEGNO AL REDDITO

ai sensi dell'art. 5 della legge regionale 15/2015 e dell'art. 5 del D.P.REG.

C7. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita _/_/___/_____	Codice Fiscale	Sesso (M/F)	
Comune di nascita	Prov. di nascita	Stato di nascita	
Rapporto di parentela con il dichiarante	Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Già beneficiario di carta acquisti individuale	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>

C8. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita _/_/___/_____	Codice Fiscale	Sesso (M/F)	
Comune di nascita	Prov. di nascita	Stato di nascita	
Rapporto di parentela con il dichiarante	Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Già beneficiario di carta acquisti individuale	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>

C9. Componente del nucleo familiare

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)		Nome	
Data di nascita _/_/___/_____	Codice Fiscale	Sesso (M/F)	
Comune di nascita	Prov. di nascita	Stato di nascita	
Rapporto di parentela con il dichiarante	Coniuge <input type="checkbox"/>	Figlio <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
A carico di un componente del nucleo ai fini IRPEF	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Già beneficiario di carta acquisti individuale	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Componente con handicap permanente grave o invalidità superiore al 60%	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
Ha già dichiarato la disponibilità ad un centro per l'impiego	SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>