

AGGIORNAMENTO DOCUMENTAZIONE ECONOMICA
PER INTERVENTI RESIDENZIALI – SEMIRESIDENZIALI – IDE-SPAZIO NEUTRO – AFFIDO,
ACCOGLIENZA, AFFIANCAMENTO FAMILIARE

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov (_____) il _____
Residente a _____ Via _____ N. _____
Prov _____ Tel. Fisso _____ Tel. Mobile _____
codice fiscale _____ in qualità di _____
con riferimento al sotto indicato servizio usufruito dal Sig. / dalla Sig.ra utente del servizio: Nome: _____
Cognome: _____ nato a _____ Prov. (_____)
il _____ codice fiscale _____

- ☐ AFFIDO – ACCOGLIENZA - AFFIANCAMENTO FAMILIARE
☐ SERVIZI A CARATTERE SEMIRESIDENZIALE
☐ INTERVENTO EDUCATIVO A DOMICILIO
☐ SPAZIO NEUTRO
☐ CENTRI DIURNI PER MINORI
☐ SERVIZI A CARATTERE RESIDENZIALE

Presso la struttura _____

**ATTESTA CON LA PRESENTE DICHIARAZIONE LA DOCUMENTAZIONE ECONOMICA PER
IL CALCOLO DELLA QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE PER IL SERVIZIO USUFRUITO.**

Il sottoscritto chiede inoltre che le richieste di pagamento delle quote relative ai servizi vengano inviate:

- ☐ al sottoscritto all'indirizzo sopraindicato
☐ a: Cognome/nome _____

Residente a _____ (_____) Via _____ N. _____
Tel _____ codice fiscale _____

A TAL FINE DICHIARA

(la dichiarazione riguarda la persona per la quale viene richiesto l'intervento)

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (dichiarazioni sostitutive di certificazioni/dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà), consapevole che dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero comportano, ai sensi del medesimo D.P.R. responsabilità penale art.76 e l'attivazione d'ufficio del procedimento di decadenza dai benefici eventualmente concessi art.75:

- 1.- codice fiscale utente _____
2.- cittadinanza italiana secondo le risultanze del Comune di _____ Prov. (_____)
ovvero cittadinanza _____;
3.- stato civile _____

4.- ☐ e che il nucleo familiare si compone di: (vedi **nota 1**):

cognome e nome	grado di parentela	Luogo e data di nascita

5.- ☐ che le entrate relative all'anno _____ come da modello _____ sono le seguenti:

ENTRATE	utente servizio	altri componenti	altri componenti	altri componenti	altri componenti
Redditi per i quali è possibile fruire della detrazione di cui all'art. 13 TUIR (se CU) REDDITO COMPLESSIVO (se altri 730 o UNICO)	€	€	€	€	€
Deduzione per abitazione principale	€	€	€	€	€
Oneri deducibili	€	€	€	€	€
Reddito IMPONIBILE	€	€	€	€	€
Imposta netta /Ritenute Irpef	€	€	€	€	€
Addizionale regionale e/o comunale all'Irpef dovuta	€	€	€	€	€

6.- ☐ Altre entrate:

Pensione invalidità + maggiorazione invalidi	€	€	€	€	€
Indennità di accompagnamento	€	€	€	€	€
Assegno integrativo (ex L.P. 28/83)	€	€	€	€	€
Assegno/pensione sociale	€	€	€	€	€
Rendita INAIL (.....% invalidità)	€	€	€	€	€
L.P. 11/90	€	€	€	€	€
Interessi netti bancari e/o postali, rendite su titoli	€	€	€	€	€

7.- ☐ Altre entrate (specificare la tipologia e l'importo: vedi **nota 2**)

	€	€	€	€	€
--	---	---	---	---	---

1. Maggiorazione sociale ☐ SI ☐ NO
2. Pensione reversibilità (dalla data _____) ☐ SI ☐ in attesa ☐ NO
3. Integrazione al canone d'affitto ☐ SI € _____ al mese ☐ NO

(**nota 1**): per nucleo familiare si intende: la persona richiedente, il coniuge (anche non convivente, purché non legalmente separato), i parenti e gli affini conviventi. Nell'eventualità che il servizio sia erogato a favore di un minore devono essere dichiarati entrambi i genitori (nel caso in cui non siano coniugati si dichiarano solo se conviventi).

(**nota 2**): devono essere dichiarate tutte le tipologie di entrate, imponibili o meno ai fini dell'Irpef, percepite dal nucleo familiare come definito nella **nota (1)** (es. redditi esenti, redditi soggetti a ritenuta definitiva o a imposta sostitutiva, assegni periodici effettivamente percepiti per il mantenimento dei figli, redditi da lavoro dipendente continuativo prestato all'estero).

8.- ☐ che il nucleo familiare non possiede altre entrate oltre quelle dichiarate e allegate

9.- ☐ che le spese relative all'anno _____ sono le seguenti:

SPESE	Importi
Affitto (con contratto registrato che si allega in copia)	€
Spese condominiali ordinarie ed obbligatorie (consuntivo)	€
Spese di riscaldamento (fatture che si allegano in copia) (vedi nota 3)	€
Spese mutuo edilizio prima casa (piano di ammortamento)	€
Spese per bisogni atipici (specificare la tipologia e la persona cui si riferiscono):	€
	€
	€

10.- ☐ in alternativa alla compilazione del presente modello, le entrate e le spese del proprio nucleo familiare relativa all'anno _____ sono interamente riportate nella documentazione che allega in copia.

Documentazione allegata: _____

11.- ☐ Che le spese e le entrate relative al proprio nucleo familiare risultano già in possesso di codesta Comunità della Valle di Sole per domanda di servizi socio assistenziali presentata non oltre tre anni prima dalla presente autocertificazione, e che la situazione del nucleo familiare economico patrimoniale NON E' variata. (vedi nota 4)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

- di essere a conoscenza di dover comunicare ogni variazione relativa ai requisiti che danno titolo all'intervento richiesto e comunque ogni variazione significativa delle entrate del nucleo familiare intervenuta o che interverrà successivamente all'anno a cui si riferisce la presente dichiarazione;
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato (ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
- di essere a conoscenza della normativa che disciplina i requisiti, i criteri e le modalità di concessione dell'intervento e di compartecipazione alla spesa;
- di impegnarsi a versare la quota di compartecipazione alla spesa determinata e richiesta dall'amministrazione per la fruizione dell'intervento;
- di essere informato, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali sono raccolti dal Servizio Socio Assistenziale per lo svolgimento dell'attività relativa alla gestione delle richieste di accesso ai servizi a carattere residenziale e semiresidenziale per l'affidamento dei minori e l'accoglienza di adulti, in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico.

I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento è la Comunità della Valle di Sole con sede a Malè, in Via della Gana, 10 (email: segreteria@pec.comunitavalledisole.tn.it, sito internet www.comunitavalledisole.tn.it).

Responsabile della protezione dei dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento – via Torre Verde n. 23 (email: servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet: www.comunitrentini.it).

Gli interessati possono esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e agli artt. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003.

L'informativa completa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 è a disposizione presso l'Ente e nella sezione Privacy del sito www.comunitavalledisole.tn.it

(nota 3): specificare se trattasi di impianto a gas metano od altro combustibile. Nel caso di riscaldamento che presuppone un rifornimento (gasolio, legna) si considera la media delle spese sostenute negli ultimi **tre anni**.

(nota 4): qualora la situazione fosse significativamente variata nel corso del triennio antecedente la presente dichiarazione, è necessario compilare il presente modulo di riaccertamento.

FIRMA in qualità di Interessato / Tutore / Amministratore di sostegno con rappresentanza

(Luogo e data)

(Firma)

Firma in caso di persona sottoposta a curatela / amministrazione di sostegno senza rappresentanza, contro firma del curatore / amministratore di sostegno senza rappresentanza.

(Luogo e data)

(Firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata – unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE

L'identità del dichiarante è stata da me accertata mediante:

- ☐ conoscenza diretta
☐ copia fotostatica del documento di identità allegata alla domanda

(Luogo e data)

Timbro

(Il Funzionario incaricato)

IN ALTERNATIVA, nel caso in cui L'INTERESSATO SI TROVI TEMPORANEAMENTE IMPEDITO a causa del suo stato di salute, può firmare il coniuge o, in sua assenza, il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado:

Io sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____
Via _____ in qualità di _____

(coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del/della signor/a di cui sopra, con la presente dichiarazione e nell'interesse dello/a stesso/a, dichiaro e richiedo sotto la mia responsabilità quanto sopra ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle Determinazioni provinciali in materia di assistenza.

(Luogo e data)

(Firma del dichiarante)

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE

Attesto che la dichiarazione sopra riportata è stata resa dinanzi a me da/dalla Sig./Sig.ra _____
_____ identificato/a previa esibizione di _____
_____ n. _____ rilasciato il _____ da _____.

(Luogo e data)

Timbro

(Il Funzionario incaricato)