

SPETT.LE COMUNE DI PUTIFIGARI

AL SIG. SINDACO
AL RESPONSABILE DEI SERVIZI SOCIALI
P.ZZA BOYL N° 6/8
07040 PUTIFIGARI

ANNUALITÀ 2024

SUSSIDI ECONOMICI L.R. 15/92; L.R. 20/97 e s.m.i. Dichiarazione Sostitutiva Cumulativa (art. 46, 47, 48, 76 del D.P.R. N° 445 del 28 DICEMBRE 2000, PER PROVVIDENZE AI SENSI DELL'ART.10 DELLA L.R. 30 MAGGIO 1997, N. 20, COME MODIFICATA DALL'ART. 33 L.R. 29 MAGGIO 2007, N. 2.

Il/La Sottoscritto/a: _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente a PUTIFIGARI, in via _____

IN QUALITÀ DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (compilare solo chi è amministrato)

nominata con decreto n° _____ del _____ giuramento del _____ a tempo indeterminato

della Sig.ra: _____ nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente a **PUTIFIGARI** _____ in via _____

IN NOME E PER CONTO

della beneficiario/a _____
che rappresento

ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2 PROVVIDENZE ANNUALITÀ 2024

DICHIARO

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445,

▪ che il beneficiario/a _____ che rappresento

oppure

▪ **che il suddetto**

1. E' in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
2. Di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche;
3. Di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa sopra richiamata;
4. Di non beneficiare, a causa della propria infermità mentale, di altre forme di assistenza economica erogate dallo Stato, dalla regione o da altri enti pubblici o privati;

5. Di non usufruire, a causa della propria infermità mentale, del servizio residenziale i cui oneri siano a carico del Servizio sanitario Regionale e di altro soggetto pubblico;
6. Che il proprio reddito individuale ANNUALE è determinato come da tabella seguente:
7. Che il reddito individuale ANNUALE della Sig./ra _____ è determinato come da tabella seguente:

DETERMINAZIONE DEL REDDITO (3)

IL SOTTOSCRITTO _____ ha percepito:

IL/LA BENEFICIARIA/O _____ che rappresento ha percepito:

BARRARE LA TIPOLOGIA DI REDDITO

- prestazioni di lavoro autonomo o dipendente
- compartecipazioni ad utili societari
- rendite immobiliari
- pensioni
- contributi assistenziali, previdenziali
- certificazione di cui all'art. 4, commi 6-ter e 6-quater, del d.p.r. 22 luglio 1998, n. 322
- altro (Specificare tipologia di reddito) _____

DICHIARO

Per conto e nell'interesse del/la mia/o assistita/o che rappresento al fine di poter ricevere le **PROVVIDENZE AI SENSI DELL'ART.10 DELLA L.R. 30 MAGGIO 1997, N. 20**

- Che il **REDDITO NETTO ANNUO** sulla base **DELL'ULTIMA DENUNCIA DI REDDITI**, comprensivo della tredicesima (5) è € _____

(scrivere l'importo netto annuo del richiedente comprensivo della tredicesima)

- Che il **REDDITO MENSILE INDIVIDUALE NETTO (5)** comprensivo della tredicesima è _____

(scrivere l'importo netto mensile comprensivo della tredicesima)

DICHIARO INOLTRE DI IMPEGNARMI

- A comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, nella composizione del proprio nucleo familiare e/o nei redditi indicati precedentemente, che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui **all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003** che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- **Di allegare fotocopia del documento d'identità del dichiarante**

PUTIFIGARI ___/___/2024

FIRMA DEL DICHIARANTE

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003 E DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 GDPR

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il **Comune di Putifigari**.-

I dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali;-il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatico;-il conferimento dei dati è obbligatorio ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica ed eventualmente concedere il contributo richiesto. Il **titolare del trattamento** è il **Sindaco del Comune di Putifigari**. Il **Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**, **l'Avv. Alessandra Etzo, contattabile all'indirizzo email: dpo@unioneoros.it** -Il/la **Responsabile del trattamento** è il/la funzionaria/o **Responsabile del Servizio Socio Assistenziale, Cuccu Salvatore Antonio** .

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di: a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali; b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento; e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione. h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; j) proporre reclamo a un'autorità di controllo. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al RPD, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo Comune di Putifigari che ha sede in Piazza dei Boyl n. 9 -07040 Putifigari (SS). Il Titolare può essere contattato via mail all'indirizzo protocollo.putifigari@legalmail.it. TEL. 079.90.50.23

Io sottoscritto/a _____ dichiaro/a di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e dell'art. 13 del GDPR 2016/679 (Regolamento Europeo Privacy) e di consentire il trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità sopra indicate.

FIRMA DEL DICHIARANTE

PUTIFIGARI ___/___/2024

N.B.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la domanda in carta libera è sottoscritta e presentata, unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente oppure tramite un incaricato a mezzo posta.

Sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato."

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

(1) **LA PRESENTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA** deve essere compilata e consegnata all'ufficio servizi sociali ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti.

SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI:

- a) a compilare e consegnare il presente modulo agli uffici servizi sociali;
- b) a consegnare agli uffici servizi sociali competenti le certificazioni rilasciate dal Presidio sanitario nelle quali si attesta che il sofferente mentale si è sottoposto, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche.

(2) COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

Il nucleo familiare da indicare nel prospetto ai fini della determinazione delle Provvidenze ai sensi dell'art.10 della L.R. 30 maggio 1997, n. 20, come modificata dall'art. 33 L.R. 29 maggio 2007, n. 2.

(3) DETERMINAZIONE DEL REDDITO:

Il reddito da indicare è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Quindi le ritenute devono essere sottratte dal reddito.

Bisogna prendere in considerazione:

- Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- Compartecipazioni ad utili societari;
- Pensioni;

- Rendite immobiliari.

(4) INDICARE L'ANNO DI RIFERIMENTO DEL REDDITO:

(1) Per calcolare il reddito netto dal Mod. CUD: dal reddito complessivo si sottraggono le ritenute IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta; Per calcolare il reddito netto dai Mod 730 e Mod Unico: dal reddito imponibile si sottrae l'imposta netta IRPEF, l'addizionale comunale e regionale IRPEF dovuta, e l'acconto dell'addizionale comunale IRPEF dovuta.

(2) Ai fini della determinazione del reddito complessivo non si considerano le rendite INAIL, le pensioni di accompagnamento. N.B.

1. Si considerano in stato di bisogno economico i soggetti il cui reddito mensile individuale accertato sia inferiore a quanto previsto dall' articolo 41,comma 5, della legge regionale 8 marzo 1997, n. 8.

2. Concorrono alla determinazione del reddito individuale mensile tutte le entrate, comunque conseguite, comprese le erogazioni assistenziali per invalidità civile ed i trattamenti pensionistici, escluso l' assegno di accompagnamento.

3. I minori, interdetti o inabilitati non sono assistibili quando la famiglia di appartenenza superi il reddito imponibile di lire 50 milioni.

4. Non sussiste lo stato di bisogno per il periodo in cui il soggetto richiedente usufruisce di servizio residenziale i cui oneri siano a carico del Servizio Sanitario Regionale o di altro soggetto pubblico.

5. I limiti di reddito previsti dai precedenticommi 1 e 3 sono aggiornati annualmente con deliberazione della Giunta regionale."

(5) CALCOLO REDDITO

Per beneficiare del sussidio previsto dalle norme regionali richiamate il **REDDITO MENSILE INDIVIDUALE**, così come disposto dalla Determinazione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Regione Autonoma della Sardegna N. 108 del 24.03.2010, **DEVE ESSERE INFERIORE A EURO 455,57**.

Come individuato dall'art. 9 della L.R. N. 15 del 27 agosto 1992 così come modificato dall'art. 7 della L.R. N. 20 del 30 maggio 1997 nella determinazione del reddito devono essere considerate **TUTTE LE ENTRATE, COMUNQUE CONSEGUITE, COMPRESSE LE EROGAZIONI ASSISTENZIALI PER INVALIDITÀ CIVILE ED I TRATTAMENTI PENSIONISTICI, ESCLUSO L'ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO**.

Nel prospetto devono essere indicati SOLO I REDDITI del Richiedente, SONO ESCLUSI i redditi degli altri componenti il nucleo familiare.