

	Legge regionale n. 54 del 28 dicembre 2021 art. 19 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”	
ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 19 della l.r. n. 54 del 28 dicembre 2021		ANNO 2022 Termine ultimo di presentazione 30 giugno 2022

Al Sindaco del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 19 della l.r. 54/2021

CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI
(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)
(art.19 l.r. 54/2021)¹

A tal fine:

- consapevole che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/00, n°445, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, ai sensi dell'art. 71 dello stesso D.P.R. 28/12/00 n°445, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive;
- consapevole della propria responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n°445, nel caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi,

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

RICHIEDENTE																	
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)										NOME							
DATA DI NASCITA						COMUNE O STATO DI NASCITA						PROV.					
STATO DI CITTADINANZA														SESSO: ☐ M ☐ F			
INDIRIZZO DI RESIDENZA						COMUNE DI RESIDENZA						CAP			PROV.		
CF ²																	

¹ Per ciascun figlio minore disabile deve essere redatta singola istanza

² Il possesso di codice fiscale valido è condizione necessaria sia per il richiedente che per i soggetti in ragione dei quali il contributo viene richiesto.

RECAPITO TELEFONICO	INDIRIZZO E-MAIL		
EVENTUALI COMUNICAZIONI VERRANNO INVIATE AL NUMERO TELEFONICO DI CELLULARE O ALL'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO O AL SEGUENTE INDIRIZZO PRESSO IL QUALE SI INTENDE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:			
INDIRIZZO	COMUNE	CAP	PROV.

In qualità di:

☐ madre

specificare se

☐ unico genitore (da barrare solo se la madre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

☐ padre

specificare se

☐ unico genitore (da barrare solo se il padre è l'unico genitore a cui è attribuita la responsabilità genitoriale)

oppure

☐ altro soggetto a cui è attribuita ai sensi della normativa vigente la responsabilità genitoriale

FIGLIO MINORE DISABILE (con data di nascita successiva al 31.12.2003)															
COGNOME E NOME															
LUOGO E DATA DI NASCITA														SESSO ☐ M ☐ F	
COMUNE DI NASCITA						PROV. DI NASCITA					STATO DI NASCITA				
CF.															

DICHIARA INOLTRE

Che il sottoscritto fa parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per cui è richiesto il contributo;

Che il sottoscritto è residente in Toscana;

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità per l'anno **2022** con indicatore della situazione economica equivalente (standard) inferiore o uguale a 29.999,00 euro

oppure

Di aver presentato domanda di attestazione ISEE in data e di essere a conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 euro euro non avrò diritto al contributo;

Che il figlio disabile per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è nato in data successiva al 31.12.2003.

Che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato con la seguente modalità:

- L'IBAN deve riferirsi a conti correnti bancari o postali o a carte prepagate di cui il richiedente deve risultare intestatario o cointestatario **(non libretti postali)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Se non ritirati entro l'anno di pagamento sono reincassati d'ufficio dall'amministrazione regionale.

Firma

- copia della certificazione Isee
- copia del certificato di disabilità