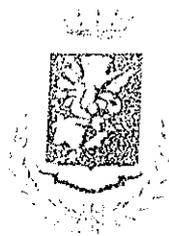
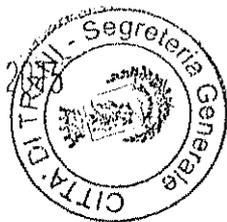


11 MAG 2015



Città di Trani

"Medaglia d'Argento al Merito Civile"

PROVINCIA BT

REGISTRO RACCOLTA GENERALE DIRIGENZIALI N° 1001 DEL 14 MAG 2015

- Originale
- Pubblicazione
- Ufficio Ragioneria
- Commissario Straordinario
- Dirigente 1° AREA
- Archivio
- Ufficio Servizio Socio Assistenziale Welfare i

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° 364 DEL 11/05/2015

Area "Affari Generali e Istituzionali e Servizi alla Persona"



Settore Socio Assistenziale Welfare

Oggetto: Approvazione modello domanda per la richiesta di Contributo Straordinario finalizzato al supporto dei nuclei familiari in condizione di grave ed accertata povertà temporanea o duratura.

IL DIRIGENTE di AREA
Giusto decreto di conferimento del 27/01/2015 prot n° 4352

Premesso che

Con Deliberazione del CS n. 18 del 24/03/2015 è stato approvato il nuovo Regolamento dei Servizi Sociali;

Atteso che

il Servizio Sociale Professionale realizza interventi ispirati ai principi di solidarietà e che tali interventi devono attuarsi con criteri di equità ed imparzialità in relazione alla situazione socio-economica dei richiedenti;

Considerato che

il Regolamento dei Servizi Sociali di cui in narrativa disciplina criteri, modalità e tempi dell'erogazione dei Servizi Socio Assistenziali; ed in particolare della fruizione di Servizi Socio-Assistenziali anche di tipo economico da parte di nuclei familiari indigenti per grave ed accertata povertà temporanea e duratura;

Ritenuto

di dover provvedere alla predisposizione di un modello di domanda per la richiesta di contributo economico straordinario finalizzato al supporto dei nuclei familiari in grave ed accertata povertà temporanea o duratura allegato alla presente;

Visti:

- ✓ La L. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- ✓ La L.R. 19/2006 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia";
- ✓ Il Regolamento Regionale n. 4 del 18.01.2007;

DETERMINA

1. di approvare lo schema di domanda di contributo straordinario finalizzato al supporto dei nuclei familiari in grave ed accertata povertà temporanea o duratura riportato in allegato divenendone parte integrante;
2. di rendere noto, ai sensi dell'art.3 della legge n.241/1990 che il responsabile del procedimento è l'istruttore amministrativo Francesco Paolo Peluso;
3. di dare atto che la presente determinazione sarà affissa all'albo pretorio del Comune per la durata di gg.10 e pubblicata online ai sensi dell'art.32 L.39/2009-

Istruttore amministrativo
Francesco Paolo Peluso

IL DIRIGENTE della P AREA
Avv. Roberta Lorusso



CITTA' DI TRANI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO STRAORDINARIO
FINALIZZATO AL SUPPORTO DEI NUCLEI FAMILIARI IN
CONDIZIONI DI GRAVE ED ACCERTATA POVERTA' TEMPORANEA
O DURATURA"**

(può essere presentata un'unica domanda per nucleo familiare)

Il/la sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a a _____ il _____ cittadinanza

_____ residente in _____

piazza/via _____ recapito telefonico _____

C.F.

in qualità di¹ _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

quanto segue:

¹ Indicare se si tratta di capofamiglia o altro componente del nucleo familiare (esempio: coniuge, figlio, tutore etc.)

_____ che il proprio nucleo familiare è composto anagraficamente, oltre che da se stesso, dalle seguenti persone:

| N. | Cognome e Nome | Data di nascita | Luogo di nascita | Codice fiscale | Relazione di parentela | | | | Stato Civile | Professione | Indicare la seguente Condizione | | | | Invalido (SI o NO) |
|----|----------------|-----------------|------------------|----------------|------------------------|---------|-------|------------------|--------------|-------------|---------------------------------|--------------------------------|------------|-----------------------------------|--------------------|
| | | | | | Capofamiglia | Coniuge | Figli | Altro componente | | | Disoccupato da più di 24 mesi | Disoccupato da meno di 24 mesi | Inoccupato | Adulto non percettore di pensione | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |

1.-Composizione del nucleo anagrafico di riferimento

Totale Componenti il nucleo familiare anagrafico _____

- | | | | | |
|--|-------|--------|-------|---------------------|
| a) Coppia di genitori tra loro coniugati o conviventi | _____ | Numero | _____ | a cura dell'ufficio |
| b) Genitore unico, madre o padre vedova/o con figli | _____ | | | |
| c) Numero figli conviventi minorenni fascia 0-3 anni | _____ | | | |
| d) Numero figli conviventi minorenni fascia 04-17 anni | _____ | | | |
| e) Numero figli conviventi maggiorenni | _____ | | | |
| f) Numero di persone in stato di Gravidanza | _____ | | | |
| g) Numero di anziani oltre i 65 anni | _____ | | | |

Indicare le particolari condizioni di disagio dei componenti del proprio nucleo familiare (barrare con una x la risposta scelta):

| N. | Cognome e Nome | Condizione del familiare maggiorenne | | | | Condizione di invalidità del familiare maggiorenne | | | Condizione di invalidità del figlio minorenni | | Patologie e stato di salute delle persone presenti nel nucleo * | | |
|----|----------------|--|--------------------------|----------------------|--------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------|------------------|
| | | In carcere (non espilante attività lavorativa) | Agli arresti domiciliari | Sorvegliato speciale | Ex carcerato | 100% senza accompagnamento | 100% con di accompagnamento | da 75 a 99% non collocabile al lavoro | Oltre 75% senza indennità di frequenza | Oltre 75% con indennità di frequenza | Grave | Di media gravità | Di lieve gravità |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |

* Si fa presente che si considereranno gravi le condizioni di salute quando uno o più componenti del nucleo presentano patologie quali: Tumore, SLA, patologia psichiatrica fortemente invalidante ed altre patologie fortemente compromissorie dell'autonomia della persona. Le stesse dovranno essere certificate dalla ASL di competenza indicando nel certificato lo stato di gravità

] Dichiaro di usufruire delle seguenti esenzioni (indicare):

| N. | ESENZIONI | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 1 | Esenzione Ticket Medicinali | | |
| 2 | Esenzione Ticket Visite Specialistiche | | |

] Dichiaro che la situazione abitativa del proprio nucleo è la seguente (indicare):

| Situazione abitativa | Mq. Abitazione | N. stanze | Casa in affitto | | | | Casa di proprietà | | Spese mensili (riferite all'ultimo bimestre) luce, acqua, gas ecc. | | | Senza fissa dimora |
|----------------------|----------------|-----------|---|--|---------------------|-------------------------|-------------------|-------------|--|------------------------|-------------------------------|--------------------|
| | | | Canone di locazione uguale o superiore a € 350,00 | Canone di locazione inferiore a € 350,00 | Stipendio esecutivo | Stipendio non esecutivo | Pagante mutuo | Senza mutuo | Superiori a € 100,00 | Da € 101,00 a € 299,00 | Uguale o superiore a € 300,00 | |
| Casa in affitto | | | | | | | | | | | | |
| Casa di proprietà | | | | | | | | | | | | |
| Casa in uso gratuito | | | | | | | | | | | | |
| Casa IACP | | | | | | | | | | | | |

Lei e/o il suo nucleo familiare possedete altri immobili e/o mezzi di trasporto di proprietà tra quelli sotto indicati (anche se ricevuti in regalo)?

SI NO

] Descrizione dei seguenti immobili in proprietà (indicare):

| N. | Tipologia di beni in proprietà | | Indicare il numero | Cognome e nome del proprietario |
|----|--------------------------------|---------|--------------------|---------------------------------|
| | Altre abitaz | Terreni | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

] Descrizione dei seguenti mezzi di trasporto in proprietà (indicare):

| N. | Tipologia dei beni in proprietà | | | Indicare il numero | Cognome e nome del proprietario | Automobili | | | | Ciclomotori | | | | Imbarcazioni | | | |
|----|---------------------------------|-------------|--------------|--------------------|---------------------------------|------------|-------|-------------------|-----------------------|-------------|-------|-------------------|-----------------------|--------------|-----------|-------|-------------------|
| | Automobili | Ciclomotori | Imbarcazioni | | | Modello | Targa | Adibiti al lavoro | Non adibiti al lavoro | Modello | Targa | Adibiti al lavoro | Non adibiti al lavoro | Modello | Metricola | Metri | Adibiti al lavoro |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

] Dichiaro che l'ISEE del proprio nucleo familiare è di € _____

] Dichiaro che nel 2014- 2015 ha percepito i seguenti benefici economici (redditi esenti IRPEF), specificare quali:

| n. | ELENCO BENEFICI | Anno 2014 importo totale € (Euro) | Anno 2015 Importo totale € (Euro) |
|----|---|---|---|
| 1 | integrazione fitto casa | | |
| 2 | bonus prima dote | | |
| 3 | assegno di maternità | | |
| 4 | assegno terzo figlio | | |
| 5 | bonus gas | | |
| 6 | bonus luce | | |
| 7 | riduzione tari | | |
| 8 | contributi scolastici (borse di studio e libri di testo) | | |
| 9 | pensione di invalidità civile | | |
| 10 | Altra pensione o assegno sociale | | |
| 11 | indennità di accompagnamento | | |
| 12 | assistenza indiretta personalizzata | | |
| 13 | assegno di cura | | |
| 14 | carta acquisti dello Stato | | |
| 15 | contributo straordinario | | |
| 16 | assegno mantenimento e/o alimenti | | |
| 17 | Altre entrate a qualsiasi tipo percepite (specificare) _____ | | |
| | TOTALE | | |

N.B. Fermo restante i motivi di esclusione previsti dall'art. 17 Regolamento dei Servizi Sociali approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 18 del 24/03/2015 di seguito elencati:

- * aver percepito un contributo economico da ente pubblico (es. integrazione fitto casa) pari al massimo erogabile nell'arco di un anno;
- * disponibilità di un patrimonio mobiliare di importo superiore alla franchigia di cui alla normativa ISEE(€ 5.000,00);
- * proprietà di ulteriori unità immobiliari oltre la casa di residenza del nucleo familiare (e relative pertinenze);

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE, ALLO STATO ATTUALE, IL SUO NUCLEO SI TROVA IN SITUAZIONE DI GRAVE DIFFICOLTA' E CHE NECESSITA PRIORITARIAMENTE DI SOSTEGNO PER UNA DELLE SEGUENTI NECESSITA' (indicare quella che si ritiene prioritaria):

A. Necessità di sostegno nel pagamento del canone di locazione per sfratto
esecutivo e/o intimazione lo sfratto;

B. Necessità di sostegno nel pagamento delle bollette (acqua, gas, luce ecc.)
per avvenuta e/o intimazione di sospensione della fornitura;

C. Necessità di Carta d'Acquisto per _____

D. Necessità di sostegno per le spese sanitarie non coperte dal SSN

E. Necessità di sostegno per l'abbattimento dei costi di inserimento dei propri figli
nei servizi educativi (asili nido, ludoteche, doposcuola ecc.)

F. Necessità di sostegno per l'approvvigionamento scolastico

Eventuali specifiche

Allega alla presente domanda:

- **Attestazione ISEE anno in corso;**
- **Copia del documenti di sfratto esecutivo;**
- **Copia dei documenti del Locatario (codice IBAN-conto dedicato – documenti di riconoscimento e codice fiscale) nel caso di contributo per sfratto;**
- **Copia dei documenti attestanti la sospensione e/o interruzione della fornitura delle utenze;**
- **Certificato specialistico attestante lo stato di gravità delle condizioni di salute;**
- **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente.**

"Ai sensi della legge 196/03 dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che a riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti all'art. 13 della medesima legge."

Trani, li _____

In fede

AL FINE DI AGEVOLARE LE TEMPISTICHE DI VALUTAZIONE ED EVENTUALE ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA DI SOSTEGNO ECONOMICO, SI ESORTA A PRESENTARE, ALLEGATA ALLA PRESENTE DOMANDA, LA DOCUMENTAZIONE COMPLETA RICHIESTA A CORREDO

VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE AI SOLI FINI DELLA COPERTURA DELLA SPESA, AI SENSI DELL'ART. 151 DEL D. LGS. 18/08/2000 N° 267.

Trani, li _____

il Dirigente Area Economica Finanziaria

(Dott.ssa Grazia Marucci)

Si autorizza la pubblicazione all'Albo Pretorio

Trani, li 14 MAG 2015

IL SEGRETARIO GENERALE

N. 1425 del Registro delle Pubblicazione

L'Addetto alla Pubblicazione

A T T E S T A

che la presente Determinazione Dirigenziale viene affissa in data odierna all'Albo Pretorio di questo Comune.

Trani, li 14/04/15

L'ADDETTO ALLA PUBBLICAZIONE

N. _____ del Registro Pubblicazioni

Si attesta che il presente atto è stato pubblicato all'Albo Pretorio di questo Comune per 15 gg. consecutivi dal _____ al _____ e che avverso lo stesso non sono pervenute opposizioni.

Trani, _____

L'ADDETTO ALLA PUBBLICAZIONE

IL SEGRETARIO GENERALE

Copia conforme ad uso amministrativo

Trani, li _____

IL SEGRETARIO GENERALE

