

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELLE CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE
DEI SOGGETTI CHE RICHIEDONO L'ATTIVAZIONE
DEL SERVIZIO DI TELESOCORSO E TELEASSISTENZA

Il/la sottoscritto

ai sensi degli arti 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445
(interessato)

ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (tutore o
parente)

sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

il sottoscritto

il mio congiunto

impossibilitato per motivi di salute

il mio tutelato _____

> è nato a _____ il _____

> è residente a _____ in via _____

➤ è in possesso del seguente Codice Fiscale _____

➤ **appartiene a nucleo familiare così composto e titolari, oltre a quanto già**

dichiarato nel modello I.S.E. allegato dei seguenti redditi:

FOGLIO DA COMPILARE PER OGNI COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE

COGNOME E NOME	Rapporto di parentela	Data e Luogo di nascita	Codice Fiscale	È titolare di reddito (SI/NO)

a) Indennità concesse a titolo di minorazione di cui:

	SI/NO	Non presentata	Non accolta	In attesa di verbale	Accolta in attesa di erogazione	Decorrenza dal	Importo da gennaio a dicembre	Tredicesima mensilità
Ind. per Inv. Civile								
Ind. di Accomp.to								
Ind. speciali per ciechi ventisimisti								
Ind. di comunicazione per sordomuti								

b) altri redditi non fiscalmente rilevanti (non soggetti a tassazione) di cui:

	Si	No	Decorrenza	Importo gen/dic.	Tredicesima mensilità		
Assegno sociale (A.S.)							
Pensione sociale (P.S.)							

c) Altri redditi di cui:

	IMPORTO ANNUO
Integrazioni sociali alle pensioni minime	
Rendite I.N.A.I.L.	
Pensioni Estere	
Eventuali pensioni di guerra	
Quota del 20% netta su pensione di reversibilità per invalidi 100% (da modulo superstite)	
Altro (specificare)	

DICHIARA ALTRESI' CHE

Le spese sostenute per l'assistenza domiciliare svolta da assistenti familiari (da compilarsi a cura dell'interessato o da chi lo rappresenta con dati forniti da chi segue/istruisce la pratica (CAF, Commercialisti,ecc.)) corrispondono a quelle sotto riportate:

➤ le prestazioni assistenziali sono garantite dall'Assistente familiare:

Sig.ra.....per n. ore settimanali.....

➤ assunta con regolare contratto di lavoro, che prevede i seguenti costi sostenuti dall'interessato stesso o da chi lo rappresenta o da un congiunto:

CODICE DENUNCIA INPS RAPPORTO DI LAVORO DOMESTICO	IMPORTO ANNUO	NOTE
N. _____ del _____ Dal _____ al _____		
Retribuzione annuale allegare copia denuncia del rapporto di lavoro domestico all'INPS allegare copia buste paga dei 12 mesi precedenti la compilazione (o dalla data di assunzione) allegare copia contratto di assunzione		
Contributi annuali versati a carico del datore di lavoro allegare copia ricevute ultimi 4 trimestri		
13° mensilità		
accantonamento T.F.R.		
TOTALE COSTO ANNUO		

Il sottoscritto _____, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver compilato in proprio la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso corrisponde a verità.

Dichiara altresì di essere a conoscenza del fatto che:

- nel caso di erogazione di interventi assistenziali, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della guardia di Finanza, accessi presso gli Istituti di credito e gli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare del richiedente.

- potranno essere effettuati controlli e confronti dei dati reddituali e patrimoniali

con i dati in possesso dalle autorità competenti, nonché con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il sottoscritto, inoltre, si impegna a comunicare entro quindici giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati, consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione dei fatti incidenti sul diritto o sulla misura dell'intervento assistenziale, comporta oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme erogate indebitamente, dal Consorzio mediante azione esecutiva nei confronti del responsabile.

Si avvisa che, in caso di false dichiarazioni, il dichiarante decadrà automaticamente dai benefici derivanti dalla presente dichiarazione e sarà perseguito ai sensi del Codice Penale.

(luogo)

(data)

(firma)

La presente dichiarazione è resa dal dichiarante in nome e per conto del richiedente ai sensi dell'art. 4, comma 2 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (barrare questa casella se ricorre il caso e completare con i dati di seguito indicati)

Dati anagrafici del richiedente:

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____

Data di nascita _____

Comune di residenza _____ c.a.p. _____ pr. _____

Indirizzo _____ N° _____

Dichiarazione presentata da: _____

Identificato/a in base a: _____

_____, li ___ / ___ / ___ /

Il Funzionario Incaricato .

Per tutti i casi di impedimento alla sottoscrizione

Io sottoscritto, in qualità di funzionario competente a ricevere la documentazione, previa identificazione a mezzo di:

Conoscenza Personale _____

Patente di guida n° _____ del ___ / ___ / ___ / rilasciata da: _____

Carta Identità n° _____ del ___ / ___ / ___ / rilasciata da: _____

Passaporto n° _____ del ___ / ___ / ___ / rilasciato da: _____

A norma dell'articolo n°4 del D.P.R. del 28/12/2000 n°445, attesto che la suddetta dichiarazione è stata resa in mia presenza, ma che il dichiarante non può sottoscriverla a causa di: _____

_____, li _____

Il Funzionario Incaricato
