

Schema di domanda per l'erogazione del Buono Famiglia per l'anno 2010

A.S.L. Provincia Milano 1

DOMANDA DI CONTRIBUTO BUONO FAMIGLIA

ai sensi della d.g.r. n. VIII/11197 del 03.02.2010

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

In relazione a quanto disposto dall'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.00, previa ammonizione sulle conseguenze previste dall'art. 76 D.Lgs. 443/00 in caso di dichiarazioni false o mendaci a pubblico ufficiale,

dichiara e attesta quanto segue:

Il sottoscritto:

Codice fiscale					
Nome					
Cognome					
Indirizzo residenza					N°
CAP	Comune di Residenza			PROV	
Indirizzo domicilio (1)					N°
CAP	Comune di Domicilio			PROV	
Luogo di nascita					
Data di nascita/...../.....	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Cittadinanza (2)					
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	<input type="checkbox"/> 1	Handicap permanente (4)	<input type="checkbox"/> SI'	Invalidità superiore a 66% (5)	<input type="checkbox"/> SI'
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> NO
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	<input type="checkbox"/> 3				
Reddito individuale (6)	€	,00	Modello (7)	/ 2009	

CHIEDE

la concessione del contributo Buono Famiglia ai sensi della d.g.r. n. VIII/11197 del 03.02.2010 “Determinazioni in ordine alle modalità di assegnazione del Buono Famiglia per l’anno 2010”.

A tal fine

DICHIARA**1) di contribuire al pagamento della retta di :**

Nome			
Cognome			
Indirizzo residenza (8)			N°
CAP	Comune di Residenza	Prov.	
Luogo di nascita			
Data di nascita	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Grado di parentela (9)
Codice fiscale			

ricoverato/a presso

Denominazione della struttura		
Indirizzo		N°
CAP	Comune	Prov.

AVVERTENZE:

se il richiedente si trova in una situazione di disagio economico in conseguenza dell'interruzione o della sospensione del rapporto di lavoro, deve compilare solo la **SEZIONE B.**

Codice fiscale					
Nome					
Cognome					
Indirizzo residenza					N°
CAP	Comune di Residenza			Prov.	
Indirizzo domicilio (1)					N°
CAP	Comune di Domicilio			Prov.	
Luogo di nascita					
Data di nascita	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Grado di parentela (10)		
Cittadinanza (2)					
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	<input type="checkbox"/> 1				
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	<input type="checkbox"/> 2		Handicap permanente (4)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Invalidità superiore a 66% (5)
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	<input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
Reddito individuale (6) €	, 00	Modello (7) / 2009		

Codice fiscale					
Nome					
Cognome					
Indirizzo residenza					N°
CA P	Comune di Residenza			Prov.	
Indirizzo domicilio (1)					N°
CAP	Comune di Domicilio			Prov.	
Luogo di nascita					
Data di nascita	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Grado di parentela (10)		
Cittadinanza (2)					
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	<input type="checkbox"/> 1				
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	<input type="checkbox"/> 2		Handicap permanente (4)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Invalidità superiore a 66% (5))
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	<input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	
Reddito individuale (6) €	, 00	Modello (7) / 2009		

Codice fiscale					
Nome					
Cognome					
Indirizzo residenza					N°
CAP	Comune di Residenza			Prov.	
Indirizzo domicilio (1)					N°
CAP	Comune di Domicilio			Prov.	
Luogo di nascita					
Data di nascita		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado di parentela (10)		
Cittadinanza (2)					
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	<input type="checkbox"/> 1				
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	<input type="checkbox"/> 2	Handicap permanente (4)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Invalidità superiore a 66% (5)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	<input type="checkbox"/> 3				
Reddito individuale (6) € , 00 Modello (7) / 2009					

Codice fiscale					
Nome					
Cognome					
Indirizzo residenza					N°
CAP	Comune di Residenza			Prov.	
Indirizzo domicilio (1)					N°
CAP	Comune di Domicilio			Prov.	
Luogo di nascita					
Data di nascita		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grado di parentela (10)		
Cittadinanza (2)					
Cittadino comunitario iscritto in anagrafe (3)	<input type="checkbox"/> 1				
Cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo (3)	<input type="checkbox"/> 2	Handicap permanente (4)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO	Invalidità superiore a 66% (5)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
Cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo (3)	<input type="checkbox"/> 3				
Reddito individuale (6) € , 00 Modello (7) / 2009					

per un totale di componenti.

- 3) che nel nucleo familiare è presente almeno un figlio minore (sono compresi i minori in affidamento familiare);
- 4) che il sottoscritto è residente in Lombardia;
- 5) che nell'anno **2008** il **canone annuo di locazione** dell'abitazione di residenza ammontava a (11):

	,00
--	-----

Al fine dell'erogazione del contributo dichiara inoltre (12):

di essere intestatario di un conto corrente	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

di non essere intestatario di alcun conto corrente	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Banca	Filiale	IBAN

Si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenuta rispetto alle dichiarazioni rese.

A tal fine **allega**, in copia:

- documentazione attestante il pagamento della retta del familiare ricoverato (il familiare deve risultare ricoverato alla data di presentazione della domanda di contributo);
- documentazione relativa al reddito familiare (che comprende tutti i redditi percepiti **nell'anno 2008** dai componenti del nucleo familiare documentati attraverso il modello 730/2009, il modello UNICO 2009, il modello CUD 2009).

Dichiara infine che, quale sottoscrizione della presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e quale autentica della documentazione esibita in copia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito telefonico.....

Indirizzo posta elettronica.....

.....,/...../2010

.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'ASL Provincia MILANO 1, Titolare del trattamento, informa che la raccolta dei dati personali, effettuata con il presente modulo, è finalizzata ai trattamenti inerenti la gestione dell'erogazione del 'Buono Famiglia'. Il mancato conferimento di tali dati, comunque facoltativo, non consentirà all'ASL di prendere in considerazione la richiesta. I dati personali conferiti saranno trattati sia su supporto cartaceo sia mediante strumenti elettronici. I trattamenti sono effettuati in conformità con le prescrizioni di legge e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza ed i diritti dell'interessato.

I dati forniti non saranno soggetti a diffusione e verranno trattati dal personale dell'ASL da questa incaricato al trattamento. L'ASL effettua il trattamento sui sistemi informativi di Lombardia Informatica SpA, Via Don Minzoni 24, 20158 Milano, designata Responsabile per i trattamenti ad essa affidati.

L'ASL comunica, inoltre, a Regione Lombardia (Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale) le graduatorie prodotte per i controlli previsti dalla legge.

Le richieste di esercizio dei diritti previsti dal Codice a favore dell'interessato (art. 7 e ss: accesso ai dati, cancellazione, integrazione, aggiornamento, ecc.) possono essere indirizzate al recapito del Titolare del trattamento **AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI MILANO 1** – Sede Legale legnano 20025 Via Savonarola 3.

SEZIONE A

2) di essere in cerca di occupazione in quanto:

è stato licenziato dall'Azienda	in data □□□/□□□/□□□□□
Oppure	
ha cessato un rapporto di lavoro <ul style="list-style-type: none"> • a tempo determinato <input type="checkbox"/> • di somministrazione <input type="checkbox"/> • di collaborazione a progetto <input type="checkbox"/> con l'Azienda	

e di aver rilasciato dichiarazione di immediata disponibilità (DID) al seguente Servizio competente:

Centro per l'Impiego di

oppure

Operatore accreditato	Sede
--------------------------------	---------------

3) di essere dipendente dell'Azienda

..... Denominazione Azienda	
di essere in Cassa Integrazione <ul style="list-style-type: none"> • Ordinaria <input type="checkbox"/> • Straordinaria <input type="checkbox"/> • In deroga <input type="checkbox"/> 	
e di avere ricevuto comunicazione scritta dall'Azienda in data	□□□/□□□/□□□□□

4) che il sottoscritto è residente in Lombardia

Al fine dell'erogazione del contributo dichiara inoltre (12):

di essere intestatario di un conto corrente <input type="checkbox"/>	di non essere intestatario di alcun conto corrente <input type="checkbox"/>
--	---

Banca	Filiale	IBAN

Si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenuta rispetto alle dichiarazioni rese.

A tal fine **allega, in copia:**

- documentazione attestante il pagamento della retta del familiare ricoverato (il familiare deve risultare ricoverato alla data di presentazione della domanda di contributo);
- documentazione attestante l'interruzione (disoccupazione/mobilità) del rapporto di lavoro:
 - dichiarazione di immediata disponibilità (DID) rilasciata al Centro per l'impiego o ad altra struttura accreditata;

oppure

- documentazione attestante la sospensione (cassa integrazione ordinaria, straordinaria, in deroga) del rapporto di lavoro:
 - dichiarazione/certificazione del datore di lavoro relativa alla condizione di cassa integrazione.

Dichiara infine che, quale sottoscrizione della presente dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e quale autentica della documentazione esibita in copia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Recapito telefonico.....

Indirizzo posta elettronica.....

.....,/...../2010

.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, l'ASL PROVINCIA MILANO 1, Titolare del trattamento, informa che la raccolta dei dati personali, effettuata con il presente modulo, è finalizzata ai trattamenti inerenti la gestione dell'erogazione del 'Buono Famiglia'. Il mancato conferimento di tali dati, comunque facoltativo, non consentirà all'ASL di prendere in considerazione la richiesta. I dati personali conferiti saranno trattati sia su supporto cartaceo sia mediante strumenti elettronici. I trattamenti sono effettuati in conformità con le prescrizioni di legge e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza ed i diritti dell'interessato.

I dati forniti non saranno soggetti a diffusione e verranno trattati dal personale dell'ASL da questa incaricato al trattamento. L'ASL effettua il trattamento sui sistemi informativi di Lombardia Informatica SpA, Via Don Minzoni 24, 20158 Milano, designata Responsabile per i trattamenti ad essa affidati.

L'ASL comunica, inoltre, a Regione Lombardia (Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale) le graduatorie prodotte per i controlli previsti dalla legge.

Le richieste di esercizio dei diritti previsti dal Codice a favore dell'interessato (art. 7 e ss: accesso ai dati, cancellazione, integrazione, aggiornamento, ecc.) possono essere indirizzate al recapito del Titolare del trattamento AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI MILANO 1 – Sede Legale Legnano 20025 Via Savonarola 3.

Istruzioni per la compilazione della domanda

La scheda va compilata in tutte le sue parti. Errori od omissioni possono comportare il non accoglimento della domanda.

- 1) Il **domicilio** va specificato solo se diverso dalla residenza.
- 2) Nel campo “**cittadinanza**” specificare la propria cittadinanza (es. italiana - straniera) .
- 3) (Compilare solo se il dichiarante ha cittadinanza straniera). Barrare la casella 1 solo se il dichiarante è cittadino comunitario iscritto in anagrafe, oppure barrare la casella 2 solo se il dichiarante è cittadino straniero con carta di soggiorno o permesso di soggiorno CE di lungo periodo, oppure barrare la casella 3 solo se il dichiarante è cittadino straniero con permesso di soggiorno di breve periodo.
- 4) Nel campo “**handicap permanente**” barrare **SI** solo se la persona è stata riconosciuta portatore di handicap ai sensi dell’art 3, comma 3 della legge 104/92 dalla competente Commissione Medica Integrata dell’Asl.
- 5) Nel campo “**invalidità superiore al 66%**” barrare **SI** solo se alla persona è stato riconosciuto un grado di invalidità civile superiore al 66% dalla Commissione Medica dell’Asl.
- 6) **La compilazione del campo è obbligatoria solo per il richiedente che compila la SEZIONE A. Il reddito** va specificato per tutti i componenti familiari che hanno percepito un reddito nell’anno 2008. E’ necessario autocertificare anche i redditi che non hanno raggiunto il valore minimo richiesto per essere dichiarati. A seconda del tipo di dichiarazione fiscale il reddito individuale deve essere calcolato come segue:
 - modello CUD 2009, parte B, il valore esposto nel campo 1 al quale deve essere sommato il valore esposto nel campo 2;
 - modello 730-3 2009, parte “Prospetto di liquidazione relativo all’assistenza fiscale prestata”, il valore esposto nel rigo 6 colonna 1 “dichiarante” al quale deve essere sottratto il valore esposto nel rigo 7 colonna 1 “dichiarante”;
 - modello UNICO - persone fisiche – 2009, parte “QUADRO RN IRPEF”, il valore esposto nel rigo RN 1 colonna 4 al quale deve essere sottratto il valore esposto nel rigo RN 2.
- 7) **La compilazione del campo è obbligatoria solo per il richiedente che compila la SEZIONE A.** Nel campo ‘**Mod**’ indicare il modello fiscale da cui si ricava il reddito individuale (CUD 2009, 730-3 2009, Unico - persone fisiche 2009).
- 8) Nel campo “**Indirizzo residenza**” riportare la residenza del familiare per il quale si contribuisce al pagamento della retta che, in alcuni casi, può coincidere con quella della struttura presso cui è ricoverato.
- 9) Nel campo ‘**Grado di parentela**’ specificare la relazione tra la persona ricoverata e il richiedente (ad esempio padre, madre, moglie, marito, figlio, minore in affidato, altro parente).
- 10) Nel campo ‘**Grado di parentela**’ specificare la relazione tra i componenti del nucleo familiare e il richiedente (ad esempio moglie, marito, figlio, minore in affidato, padre, madre, altro parente).
- 11) (Compilare solo se l’abitazione in cui il dichiarante risiedeva nel 2008 non era di proprietà) Nel campo ‘**Canone locazione annuo**’ va indicato il canone annuo di affitto corrisposto nell’anno 2008 per l’abitazione in cui il dichiarante risiedeva nel 2008.
- 12) I dati relativi al **conto corrente** devono necessariamente essere quelli del dichiarante. Nel caso in cui il dichiarante sia titolare di un conto corrente postale nel campo ‘Banca’ specificare il valore ‘Poste’ e lasciare in bianco il campo ‘Filiale’.