



Legge regionale n. 82 del 28 dicembre 2015
 art. 5 “Contributo a favore delle famiglie con figli
 minori disabili”

ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 5 della l.r. n. 82 del 28
 dicembre 2015

ANNO 2018
 Presentazione dal 1 gennaio
 2018 al **30 giugno 2018**

Al Sindaco del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 5 della l.r. 82/2015

CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI
 (HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)
 (art.5 l.r. 82/2015)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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 31.12.1999)

COGNOME E NOME														
LUOGO E DATA DI NASCITA											SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 in modo continuativo almeno dal 1 gennaio 2016

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana in modo continuativo almeno dal 1 gennaio 2016 (o dalla nascita per il figlio disabile con età uguale o inferiore ai 2 anni);

Che il nucleo familiare non risiede in strutture occupate abusivamente;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità 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

