

PROTOCOLLO N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_



**COMUNE DI ALGHERO**  
Settore IV Servizi Sociali

**Richiesta provvidenze a favore di EMOFILICI, TALASSEMICI E EMOLINFOPATICI MALIGNI, ai sensi delle LL.RR. n. 27/1983 e n. 6/1992**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

In nome e per conto di *(indicare se diverso dal richiedente i dati del soggetto Beneficiario)*

**in qualità di Legale Rappresentante del seguente:**  minore  interdetto  inabilitato

*(nome e cognome)* \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

**DICHIARA**

- Di sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche, in comuni diversi da quello di residenza
- Di non aver diritto a rimborsi o sussidi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali;
- Che il proprio nucleo familiare (1) e relativi redditi sono composti come da tabella seguente:

Cognome e Nome	Data di nascita	Stato civile	Relazione parentela	Reddito netto ANNUO (2)
Anno di riferimento (_____) <sup>(3)</sup>				Totale reddito NETTO ANNUO

- di autorizzare il Settore Politiche Sociali ad inviare eventuali comunicazioni tramite sms al seguente numero di cellulare \_\_\_\_\_ e tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

ai fini della  presentazione  rinnovo della domanda, di poter beneficiare di quanto disposto dalla Legge Regionale N. 27/1983 e n. 6/1992 e s.m.i. (Provvidenze a favore emofilici, talassemici e emolinfopatici maligni) sotto forma di:

- assegno mensile
- rimborso spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno

**CHIEDE**, altresì che il pagamento delle somme spettanti sia effettuato nella seguente modalità:

- Accredito su C/C bancario o postale a me intestato Codice IBAN \_\_\_\_\_
- Carta prepagata a me intestata Codice IBAN \_\_\_\_\_
- Rimessa diretta (*solo per importi inferiori a 1.000,00 euro*)

### ALLEGA

- a) Certificato diagnostico ed ematologico in cui sia specificatamente indicato che la patologia accertata rientri tra quelle indicate dalla L.R. 27/83, rilasciati da uno dei presidi pubblici di diagnosi e cura;
- b) Copia documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- c) **Dichiarazione ISEE ordinario e Socio sanitario**, ovvero ISEE minori nei casi di presenza di genitori non coniugati tra loro e non conviventi.

### SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente e si assume tutte le responsabilità connesse alla mancata o tardiva comunicazione.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs N. 196 del 30/03/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Alghero, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

### Istruzioni per la compilazione

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere compilata e consegnata agli uffici territoriali competenti ogni volta che intervengano variazioni nella composizione del Nucleo familiare e/o nei Redditi dei diversi componenti. SI È COMUNQUE TENUTI, PENA LA SOSPENSIONE DELLE EROGAZIONI MENSILI, a compilare e consegnare il presente modulo almeno una volta **entro il 30 giugno di ogni anno – PER L'ANNO 2020 ENTRO IL 15 NOVEMBRE** agli uffici territoriali competenti.

#### (1) Composizione Nucleo Familiare:

##### I REDDITI COMPLESSIVI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO INCLUDERE:

- nel caso di *richiedente il beneficio* coniugato, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, del coniuge e dei figli fiscalmente a carico (\*);

- nel caso di *richiedente il beneficio* celibe o nubile, la somma dei redditi dell'interessato e, se conviventi, dei genitori e dei fratelli fiscalmente a carico (\*) del capo famiglia;

(\*) Sono considerati fiscalmente **A CARICO** i figli fino a 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 4.000,00, ed i figli oltre i 24 anni che non dispongono di un reddito proprio lordo superiore a Euro 2.840,51.

#### (2) Determinazione del reddito:

Il reddito da indicare per ogni componente è il **REDDITO NETTO ANNUO** che si determina partendo dal reddito complessivo dichiarato ai fini IRPEF al netto delle ritenute di legge.

Bisogna prendere in considerazione:

- a. Prestazioni di lavoro autonomo o dipendente;
- b. Compartecipazioni ad utili societari;
- c. pensioni;
- d. Rendite immobiliari.

**N.B.:** Non devono essere prese in considerazione ai fini del calcolo del reddito:

- e. le rendite assicurative INAIL,
- f. le pensioni d'invalidità civile,
- g. gli assegni di accompagnamento.

#### (3) Indicare l'anno di riferimento del Reddito.