

Al Comune di _____

del Distretto Socio-Sanitario RM G6

“WELFARE ABITATIVO”
EROGAZIONE DI CONTRIBUTI A CONTRASTO DEL DISAGIO ABITATIVO
ANNUALITA' 2015

(Piano Sociale di Zona annualità 2015 - DGR n. 136/2014)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

l'erogazione del contributo a contrasto del disagio abitativo, quale intervento socio-assistenziale per l'annualità 2015 (DGR n. 136/2014).

A tal fine dichiara quanto segue (barra con una x le caselle interessate):

- Avere cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione europea;
- Avere cittadinanza di uno stato non aderente all'Unione Europea sempre che il cittadino straniero sia titolare di carta di soggiorno (Permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo di cui al D.Lgs 8 gennaio 2007 n. 3) o regolarmente soggiornante in possesso di permesso di soggiorno almeno biennale e che esercita una regolare attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo(D. Lgs. 286/1998, art. 40, comma 6 e s.m.i.);
- Essere residente **da almeno un anno** in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario alla data di presentazione della domanda¹;
- Essere titolari di un contratto di locazione regolarmente registrato per abitazione principale, **stipulato entro l'anno cui si riferisce il bando,** per un alloggio ubicato nel Comune di _____ (sono esclusi i conduttori di alloggi appartenenti alle categorie catastali A/1, A/7, A/8 e A/9);
- Non aver ottenuto, per la stessa annualità, l'attribuzione di altro contributo per il sostegno alla locazione da parte di enti locali, associazioni, fondazioni o altri organismi, tra i quali quelli relativi alla L. n. 431/98, né dell'assegnazione di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (concesso in assegnazione ordinaria o in emergenza abitativa) né di un contributo per l'affitto in alloggio privato;
- Che i singoli componenti del nucleo familiare anagrafico non sono titolari di diritto di proprietà, comproprietà, usufrutto, uso o abitazione su un alloggio adeguato alle esigenze familiari ovunque

¹Irequisito di residenza di almeno un anno, in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM G6, alla data di presentazione della domanda, deve essere posseduto dal solo richiedente.

ubicato, intendendosi per adeguato alloggio quello composto da un numero di vani catastali pari o superiore al numero maggiorato di tre, dei componenti il nucleo familiare, considerando comunque inadeguato un alloggio composto da non più di numero quattro vani catastali. In caso di proprietà o comproprietà di un alloggio, si sommano i vani di proprietà o i vani teoricamente corrispondenti alla quota di proprietà di ogni singolo alloggio;

- Che nessun componente del nucleo richiedente ha mai rinunciato all'assegnazione di alloggio ERP (sono fatti salvi i casi di rinuncia fatta da coloro che devono uscire da alloggio ERP a seguito di separazione coniugale);
- Che nessun componente del nucleo richiedente è occupante senza titolo di un alloggio di edilizia residenziale pubblica;
- Che nessun componente del nucleo richiedente è stato sfrattato da alloggio ERP;
- Di essere disoccupato alla data di presentazione della domanda (L. 124/2013);
- Avere un ISEE, relativo all'anno 2014, riferito al nucleo familiare, non superiore a Euro 21.000,00, e precisamente di euro _____;

Dichiara, inoltre, che per nucleo familiare si intende quello composto dal richiedente, dai componenti la sua famiglia anagrafica, ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 223/1989 e dai soggetti considerati a suo carico ai fini IRPEF, e di avere:

- Presenza nel nucleo familiare di un minore convivente a carico;
- Presenza nel nucleo familiare di due o più minori conviventi a carico;
- Presenza nel nucleo familiare di portatori di handicap con invalidità pari almeno al 66%;
- Coabitazione di più nuclei familiari in un unico alloggio;
- Nucleo familiare in cui almeno un componente abbia 65 anni di età;
- Nucleomonogenitoriale.

A tal fine allega:

- Copia del contratto di locazione regolarmente registrato o cedola secca;
- ISEE del nucleo familiare, relativo all'anno 2014;
- Stato di famiglia del richiedente o autocertificazione dello stato di famiglia;
- Eventuale sentenza esecutiva di rilascio dell'alloggio;
- Eventuale ordinanza di sgombero per crollo o calamità naturali;
- Eventuale certificazione di alloggio antigiuenico rilasciato dalle competenti autorità sanitari;
- Eventuale sentenza di separazione giudiziale con ordine di rilascio dell'alloggio o atto di omologazione di separazione consensuale;
- In caso di morosità, delega di pagamento, al proprietario dell'immobile, del contributo spettante o parte di esso, fino a concorrenza di quanto dovuto in applicazione dell'art. 11 comma 3 della L. n. 431/98.

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM G6.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Carpineto Romano, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

Allegato n. 1 al Modello di istanza per avviso pubblico "Welfare Abitativo"
Distretto Socio-Sanitario RM G6

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

Che il proprio stato di famiglia è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data, _____

Firma