

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

Distretto n°7

COMUNI DI CASTELCOVATI, CASTREZZATO, CAZZAGO S/M, CHIARI, COCCAGLIO, COMEZZANO-CIZZAGO,
ROCCAFRANCA, ROVATO, RUDIANO, TRENZANO, URAGO D'OGLIO

NON COMPILARE - RISERVATO AL COMUNE

Data di Presentazione N. Domanda

SPETT.LE COMUNE DI _____

DOMANDA "BUONO A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE CON BAMBINI 0-3 ANNI" ANNO 2010 (A SOSTEGNO DELLE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2009)

...I.... sottoscritt.....

nat.....a.....prov.....il.....

residente in.....(c.a.p.).....

Via/Piazza.....n°.....

Stato Civile.....Professione.....telefono.....

Codice fiscale.....;

CHIEDE

di usufruire del buono a sostegno delle famiglie con bambini da 0 a 3 anni, anno 2010.

A tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui incorre in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge n°15/68,

DICHIARA

A) di essere nat....aprov.....il.....

di essere residente in.....

B) che il proprio nucleo familiare, come definito dallo Stato di famiglia, è formato dalle seguenti persone:

Cognome e nome	rapporto di parentela con il richiedente
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ufficio di Piano – Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

C) di avere un reddito ISEE pari a Euro.....

D) che per l'accudimento del/i seguente/i proprio/i figlio/i

Nome e CognomeData di nascita.....

Nome e CognomeData di nascita.....

Nome e CognomeData di nascita.....

ha usufruito, con frequenza nel corso dell'anno 2009 per un numero totale mesi, di servizi

PUBBLICI

PRIVATI

BABY SITTER

E) di aver sostenuto per l'anno 2009 una spesa pari a Euro.....

F) che entrambi i genitori, o l'unico genitore presente, abbiano lavorato nel corso del 2009 nelle seguenti forme:

Papà : Professione..... Nr. totale di mesi lavorativi:

Mamma : Professione..... Nr. totale di mesi lavorativi:

H) di aver ricevuto, per medesime finalità, un ulteriore contributo di Euro da parte di altro

Ente Pubblico o Privato(SI).....(NO).....

I) di voler riscuotere il buono tramite accredito sul conto corrente bancario a me intestato o cointestato

.....(SI).....(NO).....

BANCA FILIALE di

J) in caso di risposta negativa al punto I), di variazione o di chiusura del conto corrente sopra indicato, di delegare alla riscossione in contanti ..I... sig.....

nato a il residente a

in via telefono

codice fiscale

La presente delega se non revocata ha durata illimitata

Ai sensi del Dlgs 196/2003 autorizza altresì l'utilizzo dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1- FOTOCOPIA CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E DELL'EVENTUALE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE;

Ufficio di Piano – Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it

Ambito territoriale Oglio Ovest – L. 328/00

- 2- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE E DELL'EVENTUALE DELEGATO ALLA RISCOSSIONE;
- 3- COPIA ATTESTAZIONE ISEE FAMILIARE, CON REDDITI RELATIVI ALL'ANNO 2009;
- 4- EVENTUALE AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'IMPOSSIBILITA' MOTIVATA DI PRESENTARE L'ATTESTAZIONE ISEE DEL CONIUGE O CONVIVENTE;
- 5- FOTOCOPIA CODICE IBAN RILASCIATO DALLA BANCA (NEL CASO DI RICHIESTA DI ACCREDITO SU CONTO CORRENTE)
- 6- DICHIARAZIONE DI FREQUENZA AI SERVIZI PUBBLICI O PRIVATI CON SPECIFICAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE;
- 7- NEL CASO DI ASSUNZIONE DI UNA BABY SITTER, CONTRATTO O LETTERA DI ASSUNZIONE, COPIE RICEVUTE DI PAGAMENTO E VERSAMENTI INPS.
- 8- DICHIARAZIONE DI EVENTUALE CONTRIBUTO OTTENUTO DA ENTE PUBBLICO O DA ALTRI ENTI PER LE MEDESIME FINALITA'.

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Ufficio di Piano – Legge 328/00

Responsabile dott.ssa Rosa Simoni

c/o Servizi Sociali Piazza Martiri della libertà, 26 - Comune di Chiari

tel. 030 7008254 - fax 030 7008258

e-mail: upservizisociali@comune.chiari.brescia.it