

**ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE ANNO 2021
ART. 6 LEGGE 448/98**

IL RESPONSABILE DEL 8° SETTORE

RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione dell'istanza per usufruire dei benefici previsti per i nuclei familiari con tre figli minori, per l'anno 2021.

Gli interessati possono presentare istanza, compilata sugli appositi moduli da scaricare dal sito del Comune di Campofelice di Roccella, a mezzo di posta elettronica all'indirizzo protocollo@comune.campofelicediroccella.pa.it, o pec: protocollo.campofelicediroccella@pec.it, o consegnarli direttamente all'Ufficio protocollo del Comune;

L'istanza deve essere corredata dalla seguente documentazione:

1. **Attestazione I.S.E. e I.S.E.E.** corredata da dichiarazione sostitutiva Unica sulle condizioni economiche del nucleo familiare, **relativa ai redditi anno 2020;**
2. **Dichiarazione sostitutiva di certificazione** (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445) **composizione del nucleo familiare convivente;**
3. **Fotocopia codice IBAN ;**
4. **Fotocopia del codice fiscale;**
5. **Fotocopia del documento di riconoscimento;**

Si precisa che l'assegno nucleo familiare spetta a:

- Nuclei familiari residenti, composti da cittadini italiani e dell'Unione Europea;
- Nuclei familiari composti da cittadini di paesi terzi che siano soggiornanti di lungo periodo, nonché dai familiari privi di cittadinanza di uno stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- Cittadini stranieri titolari dello status di rifugiato e di protezione sussidiaria;
- Nuclei familiari composti almeno di un genitore e tre figli minori (appartenenti alla stessa famiglia anagrafica), che siano figli del richiedente, del coniuge o ricevuti in affido preadottivo;
- Nuclei familiari con risorse reddituali e patrimoniali inferiori a quelle previste dall'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) valido per l'assegno pari ad **€ 8.788,99 euro;**
- Cittadini extracomunitari soggiornanti di lungo periodo;

Dalla Residenza Municipale, li 30.06.2021



**IL RESPONSABILE DEL SETTORE 8°
(D.ssa Fazio Angela)**

Angela Fazio

Al Comune di
CAMPOFELICE DI ROCCELLA
UFFICIO SOCIO ASSISTENZIALE
Via Cesare Civello, 62
90010 Campofelice di Roccella

**Oggetto: LEGGE 448/98 ART.65 DOMANDA ASSEGNO AI NUCLEI FAMILIARI CON
ALMENO TRE FIGLI MINORI**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. (_____) il _____
residente a _____ prov. (_____) in via _____
n. _____ tel. _____ altro recapito _____
codice fiscale: _____

in qualità di genitore con tre figli minori di anni 18

CHIEDE

Che gli/le sia concesso l'assegno per il nucleo familiare previsto dall'art. 65 della legge n. 448 del 23/12/98 e successive modificazioni.

Dichiara che il requisito della composizione del nucleo familiare, previsto dalla legge, sussiste dalla data del _____.

Che l'importo dell'assegno sia accreditato sul seguente conto corrente

CODICE IBAN (27 caratteri)	
ISTITUTO DI CREDITO	
FILIALE DI	

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Dichiarazione sostitutiva unica e attestazione ISE e ISEE in corso di validità
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445) composizione del nucleo familiare convivente.
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia codice IBAN
- Copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità

Data _____

Firma _____

Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni

(art. 46 D.P.R. 445 dei 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
residente a in via nr .../..... Int.
è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 e

DICHIARA

che la famiglia convivente (dalla data/...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

<i>nr.</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	<i>rapporto parentela</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

La/Il dichiarante

Luogo lì,

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000);

se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI _____

COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____

PROV. _____

STATO _____

RESIDENTE/DOMICILIATO IN _____

PROV. _____

STATO _____

INDIRIZZO _____

CAP _____

TELEFONO * _____

CELLULARE * _____

INDIRIZZO E-MAIL* _____

● Poiché ho richiesto la seguente prestazione:

● Chiedo il pagamento con:

- bonifico domiciliato presso Ufficio Postale (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carte di pagamento dotate di IBAN presso:

BANCA/POSTA _____

AGENZIA N./FILIALE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____

CITTÀ _____



Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 2/2

Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario o postale, su libretto postale o su carta prepagata, la Banca o la Posta deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

SUL MIO LIBRETTO POSTALE

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della posta

SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

CODICE FISCALE

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del seguente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.