

	<p align="center"><b>Legge regionale n. 54 del 28 dicembre 2021</b>  <b>art. 19 “Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili”</b></p>	
<p align="center">ISTANZA DI CONTRIBUTO ex art. 19 della l.r. n. 54 del 28 dicembre 2021</p>		<p align="center"><b>ANNO 2022</b>  <b>Termine ultimo di</b>  <b>presentazione 30 giugno 2022</b></p>

Al Sindaco del Comune di

---

Il/La sottoscritto/a inoltra istanza ai sensi dell'art. 19 della l.r. 54/2021

**CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON FIGLI MINORI DISABILI**  
**(HANDICAP GRAVE – art 3 c. 3 L.104/1992)**  
**(art.19 l.r. 54/2021)<sup>1</sup>**

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**

<b>RICHIEDENTE</b>															
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 <sup>2</sup>															

<sup>1</sup> Per ciascun figlio minore disabile deve essere redatta singola istanza

<sup>2</sup> 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

<b>FIGLIO MINORE DISABILE (con data di nascita successiva al 31.12.2003)</b>														
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;

Che il figlio minore disabile è residente in Toscana;

Di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità per l'anno **2022** 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 conoscenza che se l'indicatore (standard) risulterà superiore a 29.999,00 euro euro non avrò diritto al contributo;

Che il figlio minore disabile per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è in possesso di certificazione attestante la condizione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge - quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

Che il figlio disabile per il quale è inoltrata la presente istanza di contributo è nato in data successiva al 31.12.2003.

## **CHIEDE**

Che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato con la seguente modalità:

- BONIFICO**

L'IBAN deve riferirsi a conti correnti bancari o postali o a carte prepagate di cui il richiedente deve risultare intestatario o cointestatario (**non libretti postali**)

**IBAN**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- CONTANTI** da ritirare presso una filiale del Banco BPM  
Se non ritirati entro l'anno di pagamento sono reincassati d'ufficio dall'amministrazione regionale.

Data

Firma

Nel caso in cui l'istanza non sia sottoscritta in presenza del dipendente addetto, deve essere prodotta copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (DPR 445/2000 art 38).

Documenti obbligatori da allegare:

- copia della certificazione Isee
- copia del certificato di disabilità