DSS14
DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Spett.le Comune di _____

Distretto Socio Sanitario 14

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,

il _____ Codice Fiscale _____ e residente presso il Comune

di _____ in via _____ n. ___

telefono _____ email _____

CHIEDE

Di poter beneficiare del "Contributo economico per l'alloggio"
previsto dal Piano di Zona 2018/19 e dal Piano di Zona 2019/20

A tal fine DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

a. Avere cittadinanza italiana o di Stato Membro dell'Unione Europea
b. Essere in possesso del permesso/carta di soggiorno per i cittadini di Stati non aderenti all'UE ai sensi della L. 40/1998 e del D.lgs. 286/1998 e ss.mm.ii., o lo status di rifugiato o titolare di protezione sussidiaria ai sensi del D.lgs. 251/2007;
c. Avere la residenza anagrafica nel Comune di _____;
d. Essere residente in un alloggio in locazione sul libero mercato, con regolare contratto di affitto registrato, con decorrenza dal giorno _____ e scadenza in data _____, registrato in data _____;
e. Nessun componente il nucleo è assegnatario, residente, o occupante in modo abusivo, di alloggio di Edilizia Residenziale Pubblica, o titolare di contratti di locazione con "acquisto e riscatto";
f. Nessun componente il nucleo è titolare di diritti di proprietà, usufrutto, uso o abitazione di uno o più immobili adeguati alle esigenze del nucleo familiare stesso situato nell'ambito del territorio di residenza;
g. Avere un ISEE (ordinario o corrente) per l'anno 2023 non superiore a € 12.000,00;
h. Essere consapevole che il beneficio è escluso per la locazione di immobili di categoria catastale A/1, A/7, A/8, A/9, /10;
i. Essere consapevole e informato che le dichiarazioni rese sono soggette ad accertamento e passibili, in caso di difformità, all'attivazione di procedimenti di restituzione del beneficio indebitamente percepito;

j. **Composizione del Nucleo Familiare (NON indicare il dichiarante)**

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA (con dichiarante)	CODICE FISCALE

k. **Criteri preferenziali**

contrassegnare con un X una o più condizioni che riguardano il nucleo:

	Criterio	Punti
☐	Non avere percepito contributi per locazione "Bonus affitti" finanziati con risorse regionali nell'anno 2023 (riferito a tutti i componenti il nucleo familiare)	2
☐	Perdita involontaria del posto di lavoro, non dovuta a dimissioni volontarie, (licenziamento, mancato rinnovo del contratto, ...) del componente il nucleo: Cognome e Nome _____ Avvenuto in data _____	5
☐	Malattia grave e/o decesso del componente il nucleo: Cognome e Nome _____ Avvenuto in data _____ Che ha generato la riduzione/perdita del lavoro	5
☐	Valore ISEE in corso di validità tra € 0 – 4.000,00	1,5
☐	Valore ISEE in corso di validità tra € 4.001,00 – 8.000,00	1
☐	Valore ISEE in corso di validità tra € 8.001,00 – 12.000,00	0,5

Luogo e data

_____

Firma

_____

Allegati:

- copia fronte/retro del codice fiscale e del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia del permesso di soggiorno valido o carta di soggiorno (per cittadini extracomunitari);
- copia del contratto di locazione e di registrazione del contratto (mod.F23 o attestazione cedolare secca);
- dichiarazione del proprietario debitamente firmata;
- copia della ricevuta dell'ultimo pagamento effettuato.

DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,

il _____ Codice Fiscale _____ e residente presso il Comune

di _____ in via _____ n. ___

telefono _____ email _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

di essere proprietario dell'immobile sito in via/piazza _____

n. _____ presso il Comune di _____

concesso in locazione al/alla Sig./Sig.ra _____

ACCETTA

l'eventuale contributo riconosciuto dal Comune di _____, appartenente al Distretto Socio Sanitario 14, a copertura delle mensilità del canone di locazione per l'immobile di cui sopra e chiede che tale contributo sia corrisposto mediante bonifico sul conto bancario a me intestato/cointestato

IBAN _____

Luogo e data

_____

Firma del proprietario

_____

***Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità**