



COMUNE DI MARIGLIANO

Provincia di Napoli

____ Ufficio Invalidi Civili ____

Al. Sig.

li,

OGGETTO:	Concessione di provvidenze economiche in favore dei minorati civili – Istruttoria pratica n°
-----------------	---

La Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità civile ha trasmesso a questo Ufficio il verbale di visita con il quale la S.V. è stata riconosciuta:

Invalido Civile, ai sensi della legge n° 118 del 30/03/0971 e success. Mod.

Sordomuto, ai sensi della legge n 381/70 e successive mod.

Ai sensi dell'art.7 della legge 241/90 la presente costituisce comunicazione di avvio del procedimento amministrativo di concessione dei corrispondenti benefici economici.

Per la definizione della pratica di concessione delle provvidenze economiche la S.V. è invitata a trasmettere entro il termine di 30 giorni al Comune di Marigliano – Ufficio Invalidi Civili la seguente documentazione:

- Modello di autocertificazione debitamente compilato. (Allegato A)
- Dichiarazione di responsabilità (Allegato B)
- Fotocopia di un documento di riconoscimento VALIDO
- Eventuale atto di delega debitamente compilato e sottoscritto con firme autenticate
- Eventuale richiesta di accreditamento in c/c bancario degli emolumenti spettanti (Allegato C)

Il provvedimento concessivo, previa verifica della sussistenza dei requisiti prescritti, verrà adottato seguendo l'ordine cronologico di assunzione al protocollo.

**DA RESTITUIRE
ALL'UFFICIO INVALIDI CIVILI**

Allegato A

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE

Gli invalidi per poter usufruire dei benefici economici loro spettanti, devono attestare il loro stato personale (residenza, nascita, cittadinanza e stato di famiglia) nonché il possesso dei requisiti socio-economici previsti dalla normativa vigente.

A tale scopo potrà essere utilizzato l'unito modello che, in relazione al grado d'invalidità riconosciuto, dovrà essere compilato secondo le avvertenze di seguito riportate:

INVALIDI TOTALMENTE INABILI – SORDOMUTI (art.12 L. 118/71 – cod.04 – 10 del verbale di accertamento sanitario).

Occorre compilare l'unito modello nelle parti PRIMA e TERZA.

INVALIDI PARZIALI (percentuale di invalidità dal 74% al 99% - art.2 e 13 L. 118/71 e art. 9 D. leg. 509/88) – cod. 03 del verbale di accertamento sanitario.

Occorre compilare il modello nelle parti PRIMA – TERZA – QUARTA.

INVALIDI CON TOTALE E PERMANENTE INABILITA' LAVORATIVA CON NECESSITA' DI ACCOMPAGNAMENTO O DI ASSISTENZA CONTINUA (L.18/80) – cod.05 e cod. 06 del verbale di accertamento sanitario.

Occorre compilare il modello nelle parti PRIMA – Seconda e TERZA*

*I SOGGETTI ULTRASESSANTACINQUENNI dovranno compilare solo le parti PRIMA e SECONDA

Va sempre compilata la parte relativa all'indicazione dell'Ufficio Postale.

E' possibile inoltre richiedere , previa compilazione dell'apposito modulo allegato l'accredito in conto corrente bancario.

In caso di decesso del minorato, il modello potrà essere sottoscritto e compilato da uno degli eredi che dovrà indicare la data dell'avvenuto decesso ed allegare fotocopia di un proprio documento di riconoscimento valido

PARTE PRIMA

Da compilarsi da parte del minurato civile Il/La sottoscritta

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di
Residenza	Provincia	Cittadinanza	
Via o piazza e n.civico	C.A.P.	Codice fiscale	

Da compilarsi da parte del rappresentante legale (tutore o curatore) nel caso che il minurato sia rispettivamente interdetto o inabilitato o da parte di erede nel caso il minurato sia deceduto.
Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di
Residenza	Provincia	Cittadinanza	
Via o piazza e n.civico	C.A.P.	Codice fiscale	

Nella qualità di rappresentante legale, tutore, curatore o erede (sottolineare la voce che interessa) del minurato civile di cui appresso:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di
Residenza	Provincia	Cittadinanza	
Via o piazza e n.civico	C.A.P.	Codice fiscale	

Per conto del/la sunnominato/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

(Firma del dichiarante/rappresentante legale)

PARTE SECONDA

Dichiarazione riservata ai minori non deambulanti e/o non autosufficienti ai sensi della legge 18/80 (contrassegnare solo le caselle corrispondenti alla situazione del minorato)

DICHIARA SOTTO ,LA PROPRIA RESPONSABILITA'
Relativamente al periodo dala tutt'oggi:

- di NON essere mai stato ricoverato in alcun Istituto né di esserlo a tutt'oggi
- di essere stato ricoverato in Istituti a lunga degenza o con la riabilitazione con retta a carico di.....per i seguenti periodi.....e di.....alla data odierna;
- di non essere titolare di altra indennità di accompagnamento;
- di essere titolare di altra indennità di accompagnamento

(Firma del dichiarante)
.....

PARTE TERZA

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
Relativamente al periodo dal.....a tutt'oggi
(indicare la situazione reddituale del minorato)

- di NON possedere redditi assoggettabili all'IRPEF né redditi soggetti a ritenute alla fonte o ad imposta sostitutiva;
- di possedere i seguenti redditi propri:

Redditi al lordo degli oneri deducibili e delle ritenute fiscali - QUADRO A -		AMMONTARE REDDDITI Calcolati agli effetti dell'IRPEF percepiti negli anni.....precedenti alla presente dichiarazione
1	Redditi assoggettabili all'IRPEF:	Anno.....Lire..... Anno.....Lire..... Anno.....Lire.....
2	Redditi a tassazione separata:	Anno.....Lire..... Anno.....Lire..... Anno.....Lire.....

Redditi esenti da IRPEF, conseguenti per invalidità di guerra o di lavoro - QUADRO B -		AMMONTARE REDDDITI Percepiti negli anni precedenti alla data della presente dichiarazione
3	Rendite e/o assegni di assistenza personale continuativa compresi i trattamenti economici di guerra(pensioni, assegni o indennità) (Specificare Ente erogatore o categoria).....	Anno.....Lire..... Anno.....Lire..... Anno.....Lire.....

Luogo e data

(Firma del dichiarante)
.....

PARTE QUARTA

Riservata agli invalidi con percentuale di invalidità compresa tra il 74% ed il 99%

1. Autocertificazione attestante l'iscrizione nelle liste speciali di collocamento di cui all'art. 19 della L. 482/68 e la relativa decorrenza;
2. Per il periodo compreso tra la data della domanda e la data di notifica del verbale di riconoscimento dell'invalidità, lo stato di disoccupazione dovrà essere comprovato dal certificato di iscrizione nelle liste ordinarie di collocamento.

Dichiarazione di non averlo svolto, nel periodo compreso tra la data di presentazione dell'istanza alla data di notifica del verbale di visita sanitaria(...../...../..... -/...../.....) – specificare le date), alcuna attività lavorativa e di non aver chiesto l'iscrizione nelle liste di collocamento a causa dello stato di invalidità.

Per il periodo intercorrente tra la data della notifica del verbale e quella di iscrizione nelle liste speciali di collocamento non potrà essere corrisposto alcun beneficio economico (vedasi Sentenza Corte di Cassazione) unite n.203 del 20.1.1992).
Si impegna, infine ai sensi del D.P.R. 698/94, a comunicare al Comune, entro 30 giorni, ogni variazione dei requisiti e delle condizioni di assistibilità.

Luogo e data.....

.....
(Firma del dichiarante)

PARTE QUINTA

Indicazioni dell'Ufficio Postale di pagamento e delega.

Dichiara di voler riscuotere le rate delle provvidenze economiche che gli saranno eventualmente concesse presso l'Ufficio Postale {ufficiop} succ. n.

Dichiara di delegare alla riscossione il/la

Nato/a a il residente a
Via Cod .F.

Si impegna, infine, ai sensi del D.P.R. 689/94, a comunicare al Comune , ed alla Sede Zonale INPS entro 30 giorni, ogni variazione dei requisiti e delle condizioni di assistibilità.

Luogo e data.....

Firma Autenticata
.....
(Firma del dichiarante)

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

**Informativa ai sensi dell'art.10 della legge 675/1996:
i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.**

- Allegato B

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

OGGETTO: Concessione provvidenze economiche in favore dei minorati civili – Pratica n. _____

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____

DICHIARA

- Di non aver riscosso alcuna somma in riferimento alla pratica in oggetto e di non avere in corso alcuna procedura esecutiva,
- Di aver riscosso per la causale di cui sopra la somma di lire

Ulteriori dichiarazioni: _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara che la risposta fornita è conforme al vero.

In fede

Firma _____

Data _____

Richiesta di accreditalmento in conto corrente bancario di pensioni, assegni ed indennità spettanti agli invalidi civili, ciechi e SORDOMUTI.

Al Comune di Marigliano

.....l.....sottoscritt..... nat.....

il.....

Residente in.....

via.....n°.....

C.A.P.....- titolare di

.....

(pensione, assegno, indennità di comunicazione – indicare provvidenz.....in godimento) in qualità di.....(invalido civile, cieco civile, SORDOMUTO indicare la categoria di appartenenza).

CHIEDE

L'accreditamento dell.... Provvidenz..... di cui sopra sul conto corrente bancario

N°.....

Intrattenuto presso (indicare Istitutori credito e sportello bancario).....

E si impegna a tenere indenne l'Erario da ogni danno che possa derivare dal disposto accreditalmento.

Data.....

Firma

.....

AVVERTENZE: Coloro che richiedono il pagamento in conto corrente bancario sono obbligati ad inviare alla Sede Zonale INPS. Entro il 31 dicembre di ciascuno anno, una dichiarazione o una certificazione di esistenza in vita. L'interessato ed i suoi aventi causa sono comunque tenuti alla restituzione di somme indebitamente percepite.

	AZIENDA di Cred.....AGENZIA.....									
	Indirizzo.....C.A.P.....Città.....									
COORDINATE BANCARIE DEL CONTO DA ACCREDITARE										
Az. Di Cred.	C	CAB Sportello	Conto							
COORDINATE DELL' ASSISTITO										
Cod. Amm/ne	C	NUMERO IDENTIFICATIVO					CAT.	FASCIA		
Data.....					Firma.....					
RISERVATO ALL' AZIENDA DI CREDITO										

Dati relativi al coniuge:

COGNOME E NOME:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

INDIRIZZO:

CODICEFISCALE:

TELEFONO: _____

REDDITO:

ANNO	REDDITO

FIRMA