



**COMUNE DI BELLIZZI**  
**Provincia di Salerno**  
**C.A.P. 84092 – Codice Fiscale e Partita IVA 02615970650**  
**Tel. 0828/358011 – Fax 0828/355849**

Ufficio Invalidi Civili  
Prot. N. \_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_

Al Sig. \_\_\_\_\_

OGGETTO: Provvidenze in favore degli invalidi civili, ciechi civili e sordomuti.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DECORRENZA \_\_\_\_\_ BENEFICIO \_\_\_\_\_

Si prega di compilare e restituire i modelli seguendo rigorosamente le indicazioni riportate e barrando le caselle che interessano.

1. Se l'invalido è maggiorenne e capace di intendere e volere, compilare i Modd. A – B – E;
2. Qualora, invece, l'invalido fosse minorenne di età o interdetto, compilare i Modd. A – C – E e le dichiarazioni necessarie saranno rese da uno dei genitori o dal tutore ed il pagamento delle provvidenze avverrà previo deposito dell'autorizzazione alla riscossione del Giudice Tutelare ai sensi degli artt. 320 e 370 c.c..
3. In caso di decesso dell'invalido compilare i Modd. A - D – E ed allegato Mod. F.

**SI RAMMENTA CHE IN TUTTE LE IPOTESI SURRICHIAMATE LE NOTIZIE ED I DATI DOVRANNO RIFERIRSI ESCLUSIVAMENTE ALL'INVALIDO.**

4. Nell'ipotesi di pensione di invalidità (100%), di assegno mensile di assistenza (dal 74% al 99%) o di invalidità totale (100% con accompagnamento con età inferiore a 65 anni) dovranno essere dichiarati i redditi goduti a decorrere dall'anno precedente a quello di decorrenza del beneficio assistenziale.
5. Laddove il dichiarante voglia usufruire dell'accredito bancario dovrà essere compilata la parte contenente le coordinate bancarie.
6. Al presente modello dovrà essere allegata fotocopia di un documento di identificazione e del codice fiscale, non essendo richiesta l'autentica della firma ad eccezione dell'ipotesi di delega alla riscossione.
7. Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ a cui far pervenire eventuali comunicazioni urgenti dal parte di questo Comune.

La presente comunicazione costituisce notizia dell'avvio del procedimento amministrativo ai sensi degli artt. 7 e 8 della legge 241/90, il cui termine di definizione è fissato in giorni 140 dal ricevimento degli atti o dell'integrazione eventualmente richiesta (L. 241/90; D.M. 142/00). A conclusione della presente istruttoria verrà emesso decreto di concessione delle provvidenze economiche o provvedimento di diniego.

Ogni notizia potrà essere acquisita presso l'Ufficio Invalidi Civili sito nella sede Municipale di via Manin ( il lunedì e il giovedì dalle 8,30 alle 13,30 e dalle 15,30 alle 17,30) mediante richiesta scritta formulata dall'interessato o da persona che la rappresenta legalmente.

In quest'ultimo caso alla richiesta dovrà essere allegata una fotocopia del documento attestante la rappresentanza legale, in caso trattasi di invalido maggiore di età.

Si comunica che, ai sensi della Legge 241/90, il Responsabile del Procedimento è :

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

**A) DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a  Invalido  Tutore  Erede  \_\_\_\_\_ (art. 4 DPR 445/00)

Genitore \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e impegnandosi a comunicare tempestivamente al Comune le eventuali variazioni relative a condizioni sanitarie, ricoveri, dati anagrafici

**D I C H I A R A**

**B) DA COMPILARE A CURA DELL'INVALIDO/A MAGGIORENNE E CAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE**

- di essere nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

- di essere residente in Bellizzi, CAP \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ ;

- di essere cittadino/a italiano/a;

- di essere /non essere coniugato/a con \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale Coniuge \_\_\_\_\_ ;

di non possedere redditi propri assoggettabili all'IRPEF , né redditi soggetti a ritenute alla fonte o ad imposta sostitutiva;

di possedere i seguenti redditi propri dall'anno precedente alla decorrenza:

ANNO	EURO	UFFICIO PAGATORE

**REDDITI CONIUGE SOLO PER L'ANNO IN CORSO**

ANNO	EURO	UFFICIO PAGATORE

DI ESSERE stato ricoverato in Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con retta a carico di \_\_\_\_\_ ;

DI NON ESSERE ricoverato in Istituto;

DI NON GODERE di indennità di accompagnamento;

GODE di indennità di accompagnamento.

**DA COMPILARE PER I CASI DI INVALIDITA' DAL 74% AL 99%**

DI ESSERE occupato ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68, e del Decreto Legislativo 10 Settembre 2003, n. 276 (Cooperative Sociali e Convenzioni-Quadro);

DI NON PRESTARE alcuna attività lavorativa

**C) COMPILARE A CURA DEL GENITORE O DEL TUTORE (INVALIDO/A MINORE INCAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE)**

CHE l'invalido/a \_\_\_\_\_

- è nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ;
- è residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ ;
- è cittadino/a italiano/a;
- CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ ;

- NON è titolare di redditi propri;
- E' TITOLARE di redditi propri di cui si allega dichiarazione;
- E' ricoverato/a in istituto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con retta a carico di \_\_\_\_\_ ;
- NON è ricoverato/a in istituto;
- NON gode di indennità di accompagnamento;
- GODE di indennità di accompagnamento.

**DA COMPILARE SOLO PER I CASI DI INDENNITA' DI FREQUENZA**

Il sottoscritto dichiara che il minore ha frequentato/frequenta (specificare dettagliatamente i periodi di frequenza e/o in istituto, e in centro ecc.) : \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si obbliga altresì a comunicare con urgenza la data di cessazione della frequenza del minore nonché l'indicazione della reale durata del corso e l'impegno alla restituzione dei ratei che risultassero eventualmente indebitamente percepiti.

**D) DA COMPILARE A CURA DI UN EREDE (SE L'INVALIDO/A E' DECEDUTO/A)**

che l'invalido/a \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_

era nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

era residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

era cittadino/a italiano/a; CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

- era ricoverato in istituto con retta a carico di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- non era ricoverato in istituto
- non godeva di indennità di accompagnamento
- godeva di indennità di accompagnamento
- non possedeva redditi propri
- possedeva i seguenti redditi dall'anno precedente la decorrenza:

ANNO	EURO	UFFICIO PAGATORE

**DA COMPILARSI PER I CASI DI INVALIDITA' DAL 74% AL 99%**

- DI ESSERE stato occupato ai sensi della Legge 12 marzo 1999, n. 68, e del Decreto Legislativo 10 Settembre 2003, n. 276 (Cooperative Sociali e Convenzioni-Quadro);
- DI NON AVER PRESTATO alcuna attività lavorativa

**INDICAZIONE DELL'UFFICIO PAGATORE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di poter riscuotere le rate delle provvidenze economiche concesse presso:

L'Ufficio postale di \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA DI CREDITO**

AZIENDA DI CREDITO \_\_\_\_\_ CODIFICA I.N.P.S. □□□

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

IN CASO DI DECESSO DELL'INVALIDO L'AZIENDA DI CREDITO SI IMPEGNA A RESTITUIRE TUTTE LE SOMME EVENTUALMENTE ACCREDITATE E NON RISCOSE.

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**DELEGA ALLA RISCOSSIONE ( FACOLTATIVA)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

DELEGA alla riscossione il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA ( autenticata) \_\_\_\_\_