

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale, Acibonaccorsi, Acicastello, Acicatena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

PIANO AZIONE COESIONE - SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA

**BUONI DI SERVIZIO PER L'ACQUISTO DI SERVIZI NIDO/ MICRONIDO
ANNO 2017**

AL SIG. SINDACO

COMUNE DI _____

___ I ___ sottoscritt _____, nat_ a _____
il _____ residente in _____ via _____,
tel. _____ e-mail _____
in qualità di _____

CHIEDE

l'assegnazione del buono di servizio: **micronido (bambini 3 -36 mesi)**

servizio integrativo (bambini 18-36 mesi)

**a copertura della retta di frequenza nell' anno 2017 presso
_____ con sede _____ iscritto al
Catalogo del Distretto socio-sanitario 14, per ciascuno dei figli di seguito indicati**

Nr.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita
1		
2		
3		

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n.445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1. che il proprio codice fiscale è il seguente

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. che il recapito e Codice Fiscale dell'altro genitore del/ i minori per i quali si chiede il buono dei servizio è il seguente :

Sig./Sig.ra _____ residente a _____ Via _____

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Nome e cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Posizione lavorativa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

- 4) di essere in possesso di attestazione I.S.E.E., ai sensi del D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014, in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF – INPS – ETC.);
- 5) nel caso di godimento da parte dei componenti il nucleo familiare, al momento della presentazione della richiesta, di altri trattamenti economici, anche fiscalmente esenti, di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale, a qualunque titolo concessi dallo Stato o da altre pubbliche amministrazioni, il valore complessivo dei medesimi trattamenti è inferiore a 600,00 euro; che la somma dei redditi del beneficiario e dei familiari conviventi, comunque percepiti e da chiunque erogati nell'anno 2015 , è pari ad € _____;
- 6) che l'abitazione del nucleo è: in affitto altro _____
- 7) di possedere i seguenti beni immobili: casa di abitazione altro _____
 nessun bene immobile
- 8) di essere a conoscenza che l'assegnazione del buono di servizio avverrà per la frequenza di strutture iscritte al Catalogo dell'offerta dei servizi del Distretto socio-sanitario 14;
- 9) di essere a conoscenza che, a parità di punteggio, si procederà all'assegnazione del voucher alla famiglia con bambini di età maggiore;
- 10) di essere a conoscenza che il valore del voucher spettante sarà corrisposto alla struttura frequentata, previa comunicazione al Settore Servizi Sociali del Comune di residenza dell'iscrizione e frequenza del figlio _____;
- 11) di essere a conoscenza che l'assenza ingiustificata protratta per 15 giorni consecutivi comporta la decadenza dal beneficio, e l'assegnazione del buono revocato ad altro beneficiario secondo l'ordine di graduatoria;
- 12) di comunicare, tempestivamente, al Settore Servizi Sociali del Comune di residenza l'eventuale ritiro definitivo del proprio figlio/a dal servizio indicato ;
- 13) di essere a conoscenza che il buono di servizio è corrisposto a copertura totale/parziale delle rette di frequenza e che, pertanto, è obbligato versare direttamente alla struttura scelta la differenza tra l'importo erogato dal Comune e la retta di frequenza standard applicata;

14) di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota mensile a proprio carico della retta mensile comporta la decadenza dal beneficio, e l'assegnazione del buono revocato ad altro beneficiario secondo l'ordine di graduatoria;

15) di trovarsi, ai fini della formulazione della graduatoria, nelle seguenti condizioni:

a) Caratteristiche del nucleo familiare:

- (1) N. _____ figli minori
- (2) Bambino con certificazione A.S.P.
- (3) Padre, madre, fratelli con invalidità (possessiono di verbale Commissione Invalidi Civili)
- (4) Altri parenti conviventi completamente impediti con invalidità (possessiono di verbale Commissione Invalidi Civili)
- (5) Commissione Invalidi Civili)
- (6) Nucleo monogenitoriale: vedovo/a; nubile/celibe con figlio riconosciuto da un solo genitore; allontanamento/abbandono di uno dei coniugi accertato in sede giurisdizionale (D.C.P.Mn. 221/99 e s.m.); legalmente separato (D.C.P.M. n. 221/99 e s.m); nubile/celibe con figlio riconosciuto dal genitore non convivente
- (7) nuova gravidanza

b) lavoro genitori

- (8) ore di lavoro settimanali
- (9) studio/formazione
- (10) pendolarità quotidiana
- (11) lavoro notturno
- (12) disoccupazione (dichiarazione di disponibilità al Lavoro presso Centro per l'impiego,

c) ulteriori elementi aggiuntivi di punteggio

- (13) Piano Assistenziale Individualizzato
- (14) genitore detenuto
- (15) bambino in affidamento familiare
- (16) famiglia con altro figlio frequentate servizio per la prima infanzia

16) che il proprio/i figlio/i è iscritto al micronido: _____
con sede _____

ALLEGA ALLA PRESENTE:

1) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente

Firma

AUTORIZZA

Il Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii..

Firma
