



MUNICIPIO DI
COMANO
Tel. 091 - 941.84.86

REGOLAMENTO SULL'AIUTO SOCIALE NEL COMUNE DI COMANO

FORMULARIO RICHIESTA SUSSIDIO

| | | | |
|--|--|--|--|
| Richiedente | | | |
| Cognome | | | |
| Nome | | Data di nascita | |
| Nazionalità | | Se straniero, tipo permesso | |
| Stato civile | | Professione | |
| Arrivo a Comano | | Abitate in casa propria | |
| Indirizzo Via | | Diritto d'usufrutto | |
| Nome proprietario stabile | | | |
| Casa anziani/istituto | | | |
| Conto corrente bancario N. IBAN | | | |
| Nome e sede della banca | | | |
| Conto corrente postale N. | | | |
| Compagno/a (moglie/marito, convivente, ecc.) | | | |
| Cognome | | | |
| Nome | | Data di nascita | |
| Nazionalità | | Se straniero, tipo permesso | |
| Stato civile | | Professione | |
| Figli o altre persone a carico (nella stessa economia domestica) | | | |
| Cognome | Nome | Data di nascita | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Ev. assistente sociale/curatore/rappresentante addetto alla compilazione del formulario | | | |
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Ruolo | | | |
| Telefono | | | |
| E-mail | | | |
| Finalità della richiesta | | | |
| <input type="checkbox"/> | Prestazione complementare comunale | <input type="checkbox"/> | Spese odontoiatriche |
| <input type="checkbox"/> | Spese per servizi funebri e sepoltura | <input type="checkbox"/> | Eventi straordinari, altri bisogni puntuali |
| Motivi della richiesta (da compilare per eventi straordinari o altri bisogni puntuali) | | | |
| | | | |
| Sono stati presi dei provvedimenti per cambiare la sua situazione? Se sì, quali? | | | |
| | | | |
| L'intervento è risolutivo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Ha beneficiato di prestazioni cantonali? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Se sì quale prestazione ? | | | |
| TOT. COMPONENTI UR | | | |

| Redditi / Spese | | | |
|--|-------------------|-------------------|--------------------------|
| Redditi di tutti i componenti UR | EFFETTIVI annuali | EFFETTIVI mensili | COMP. lasciare in bianco |
| Salario netto del richiedente | | | |
| Salario netto del coniuge o convivente | | | |
| Salario netto dei figli | | | |
| Indennità disoccupazione | | | |
| Altre indennità | | | |
| Cassa pensione | | | |
| Pensioni estere | | | |
| Rendita AVS o AI | | | |
| Prestazione complementare (allegare tabella) | | | |
| Rendite da assicurazioni | | | |
| Assegni familiari | | | |
| Alimenti dal coniuge separato o divorziato | | | |
| Borsa di studio | | | |
| Reddito da sostanza mobiliare | | | |
| Reddito da sostanza immobiliare | | | |
| Altro (solo per richiesta eventi straordinari) | | | |
| Totale dei redditi | | | |
| Spese di tutta l'economia domestica | | | |
| Affitto o costi ipoteca | | | |
| Premio cassa malati (già dedotto sussidio) | | | |
| Spese mediche non assunte dalla c.malati | | | |
| Premi assicurativi (vita, infortuni, ecc.) | | | |
| Rette istituti, ospedali, aiuto domiciliare (non assunte da c.malati o PC) | | | |
| Altro (solo per richiesta eventi straordinari) | | | |
| Totale delle spese | | | |
| Reddito computabile | | | |
| Sostanza computabile (vedi ultima decisione di tassazione) | | | |
| ESITO | | | |

Eventuali osservazioni:

Per ogni cifra indicata deve essere allegato il relativo giustificativo. Per spese odontoiatriche allegare diagnosi iniziale, piano di cura, preventivo e contratto c.malati dove figura se e di quanto sussidiano. Per spese funerarie allegare tutte le fatture. Allegare inoltre ultima decisione di tassazione + ultima dichiarazione fiscale.

Si ricorda che l'art. 16 del regolamento stabilisce che la prestazione comunale indebitamente percepita deve essere restituita.

Il sottoscritto conferma che il formulario è stato compilato in tutti i suoi punti in modo conforme alla sua situazione economico-finanziaria.

In fede:.....

Luogo e data: