

**Istanza di ammissione al "Reddito di inclusione sociale"**  
**Fondo regionale per il reddito di inclusione sociale - Agiudu torrau" di cui alla L.R. n.18/2016**  
**REIS - PARTE SECONDA DELLE LINEE GUIDA**

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**MODULO DI DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Io richiedente, trovandomi nelle condizioni di disagio come da programma approvato con Deliberazione di G.R. n. 04/39 del 15.02.2024 che approva in via definitiva, ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 18/2016, la deliberazione della Giunta Regionale n. 46/36 del 22.12.2023, consapevole che:

- i requisiti devono essere mantenuti per l'intera durata del beneficio, pena la cessazione dello stesso;
- l'erogazione potrà essere sospesa in caso di mancata adesione al progetto e in caso di reiterati comportamenti inconciliabili con gli obiettivi del progetto da parte dei componenti del nucleo familiare beneficiario;
- il Comune può stabilire la revoca o l'esclusione del beneficio nel caso emerga il venir meno delle condizioni di bisogno che lo hanno determinato;
- A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'articolo 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici

**Chiede**

**Di accedere alla misura REIS - PARTE SECONDA "Altri interventi di contrasto alla povertà"**

**DICHIARA**

- che il proprio nucleo familiare anagrafico è così composto :

N.	Cognome e nome	Luogo e Data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela con il dichiarante
1				<b>RICHIEDENTE</b>
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**di essere in possesso dei seguenti requisiti:**

- essere cittadino italiano o comunitario, oppure cittadino straniero con regolare permesso di soggiorno, residente nel comune di \_\_\_\_\_;
- almeno un componente del nucleo familiare risiede da almeno 24 mesi nel territorio della Regione Sardegna;
- di essere titolare di attestazione ISEE ordinario o ISEE corrente in corso di validità con un importo non superiore a € 15.000, del valore di € \_\_\_\_\_ anno DSU \_\_\_\_\_ e N° Protocollo DSU \_\_\_\_\_.
- Che né il sottoscritto né altri componenti del proprio nucleo familiare hanno i requisiti per accedere all'ADI /SFL;

- Che né il sottoscritto né altri componenti del proprio nucleo familiare percepiscono la misura "R.E.I.S" – Parte prima;
- Di far parte di un Nucleo familiare che non percepisce l'Assegno di Inclusione (Adi) in quanto non possiede i requisiti previsti dalla misura;
- Di far parte di un Nucleo familiare che NON percepisce l'Assegno di Inclusione (Adi) per la seguente motivazione \_\_\_\_\_;
- Di aver inoltrato la domanda per l'Assegno di Inclusione e aver avuto esito negativo per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_;
- Di aver presentato in data \_\_\_\_\_ domanda per l'Adi e di essere in attesa di ESITO.

**Dichiara altresì di essere in possesso di uno o più fattori aggravanti** (Barrare la voce interessata).

La valutazione dello stato di bisogno da parte del Servizio sociale comunale, nel pieno rispetto della propria autonomia tecnico-professionale, avverrà sia tenendo conto della condizione socioeconomica di base, sia attraverso la valutazione di fattori aggravanti la condizione di bisogno che tengano conto, a titolo esemplificativo:

- perdita del lavoro e/o riduzione consistente del proprio reddito familiare non attestabile dall'ISEE Corrente;
- della situazione sanitaria precaria, in assenza o attesa dei relativi benefici economici, con particolare attenzione ai pazienti dimessi dall'ospedale che hanno perso la propria autosufficienza e necessitano di assistenza domiciliare;
- le persone ricoverate e/o dimesse dall'ospedale che devono prendersi cura di un congiunto non autosufficiente o, nel caso di disabili, i minorenni/maggiorenni non capaci di provvedere a loro stessi e assistiti da parenti per malattia;
- della situazione abitativa incerta (rischio di sfratto, coabitazione, usufrutto temporaneo, difficoltà a sostenere le spese del canone di locazione o del mutuo, difficoltà a sostenere il pagamento delle utenze domestiche, ecc.);
- di situazioni di emarginazione sociale, o condizione di rischio sociale correlata a dipendenze, problematiche giudiziarie, ecc.; – della presenza di minori e/o anziani non autosufficienti;
- dell'assenza di relazioni parentali considerabili "risorse" (familiari civilmente obbligati ex articolo 433 c.c.);
- e comunque di ogni altro elemento di disagio aggravante la situazione di bisogno \_\_\_\_\_

Il Servizio Sociale Professionale potrà valutare l'ammissione alla presente misura di adulti esclusi dal mercato del lavoro da più di 24 mesi, che convivono con genitori pensionati. Per tali situazioni sarà vincolante la partecipazione ad un progetto di attivazione sociale privilegiando percorsi di inclusione lavorativa.

In caso di false dichiarazioni il cittadino decadrà immediatamente dal beneficio concessogli, con facoltà per l'Ente di rivalsa per le somme indebitamente percepite, ed incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi vigenti in materia.

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- Copia documento d'identità in corso di validità
- Certificazione Isee 2025, ordinario o corrente;
- Per i cittadini stranieri extracomunitari: copia permesso/carta di soggiorno che attesti il possesso dei

