

# COMUNE DI CAMPOFRANCO

( Libero Consorzio Comunale di Caltanissetta )

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

## AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: Fruizione ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE e ASSEGNO DI MATERNITA' - Anno 2020.

( ex artt. 65 e 66 L. n. 448/98 e ss.mm.ii.; ex art. 13 L. n. 97/2013; ex art. 13 D.P.C.M. n. 159/2013 )

Gli assegni previsti dalla normativa in oggetto relativi all'**ANNO 2020**, vengono concessi dal Comune ed erogati dall'INPS, a seguito di domanda presentata dai cittadini e, precisamente:

- **ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE** in presenza di almeno tre figli con età inferiore a 18 anni, in favore di cittadini, rispettivamente, italiani e/o dell'Unione Europea residenti, di paesi terzi che siano soggiornanti di lungo periodo, in possesso dello status di rifugiato politico o di permesso di soggiorno per protezione sussidiaria:

➤ Valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – **I. S. E. E.** pari a € **8.788,99**;

➤ Importo dell'assegno se spettante nella misura intera è pari a € 145,14 mensili per tredici mensilità, per complessivi € 1.886,82 ( per nuclei familiari con diversa composizione, il requisito economico è riparametrato sulla base della scala di equivalenza prevista dal decreto legislativo n. 109/98 – rif. comma 1, art. 65, legge n. 448/1998 );

➤ Presentazione domanda all'Ufficio Protocollo del Comune, entro Lunedì, **1° Febbraio 2021**, (in quanto la data di scadenza 31/1/2021 coincide con giornata domenicale )utilizzando l'apposito modulo, allegando tutta la documentazione richiesta.

- **ASSEGNO DI MATERNITA'**, ai sensi dell'ex art. 66, della Legge n. 448/98 e s. m. i., per ogni figlio nato o per ogni minore che faccia ingresso nella famiglia anagrafica a seguito di affido pre-adoattivo o di adozione, alle donne residenti, cittadine italiane o comunitarie o extracomunitarie in possesso del permesso di soggiorno, che non beneficiano di altra tutela economica della maternità da parte dell'INPS o di altri enti previdenziali:

➤ Valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – **I. S. E. E.** pari a € **17.416,66**;

➤ Importo da corrispondere agli aventi diritto, se spettante nella misura intera, e' pari a € 348,12, nel limite massimo di cinque mensilità, per complessivi € 1.740,60.

➤ Presentazione domanda all'Ufficio Protocollo del Comune, **entro 6 mesi dalla data del parto**, ovvero dall'entrata del bambino nella famiglia anagrafica della donna, allegando tutta la documentazione richiesta.

I moduli di domanda potranno essere ritirati presso l'U. R. P. del Comune, oppure scaricati direttamente dal sito istituzionale [www.comune.campofranco.cl.it](http://www.comune.campofranco.cl.it) nelle Sezioni " News " e " Albo Pretorio online ".

Campofranco li, 30 Aprile 2020

**Il Responsabile dell'Area Amministrativa**

F.to ( A. Lo Curcio )

Al Comune di  
CAMPOFRANCO

OGGETTO: Richiesta concessione **ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE** con almeno tre figli minori di anni 18. Ex art. 65 della legge n. 448/98, come modificato dall'art. 50 della legge n. 144/99 – Decreto del Ministro per la solidarietà sociale n. 306 del 15/7/1999.

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_  
quivi residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Tel. (facoltativo): \_\_\_\_\_, in qualità di uno dei genitori responsabile  
delle dichiarazioni anagrafiche, di cui all'art. 6 del D.P.R. 30/5/1989, n. 223,

**C H I E D E**

la concessione dell'assegno per il nucleo familiare previsto dall'art. 65 della Legge 23/12/1998, n. 448, come modificato dall'art. 50 della Legge 17/5/1999, n. 144.

Alla presente istanza si allega:

- Copia dell'Attestazione I.S.E.E. rilasciata nel corso dell'anno 2020, per la richiesta di prestazioni sociali agevolate contenenti le informazioni relative al nucleo familiare, con acclusa copia di un valido documento di riconoscimento.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D. P. R. n. 445/2000,

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

- che nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_ figli di età inferiore ai 18 anni e che il requisito relativo alla composizione del nucleo familiare con almeno tre figli minori persiste per il seguente periodo: **Dal 1° Gennaio 2020 Al \_\_\_/\_\_\_/2020.**
- che la situazione economica, di cui all'allegata dichiarazione sostitutiva, è quella dell'intero nucleo familiare e si compone del reddito e del patrimonio ( mobiliare e immobiliare ) di ciascuno di essi;
- di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di comunicare tempestivamente a codesto Ente ogni evento che determini la variazione sia della composizione del nucleo familiare, che dei dati forniti nella dichiarazione sostitutiva, tali da comportare l'illecita erogazione di prestazioni sociali agevolate;

Ai sensi del D. L. n. 201/2011 e s.m.i., con la presente si chiede che il pagamento venga effettuato mediante ( *segnare con una croce la modalità prescelta – **Dati obbligatori*** ):

- **Bonifico Bancario:**

- **Libretto Postale:**

- CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_ C/C n.: \_\_\_\_\_

- IBAN: \_\_\_\_\_.

Campofranco, lì \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_  
( Firma da apporre leggibile e per esteso )

Al Comune di  
CAMPOFRANCO

OGGETTO: Richiesta concessione **ASSEGNO DI MATERNITA'**, ai sensi ex art. 66 della legge n. 448/98, come modificato dall'art. 50 della legge n. 144/99 – Decreto del Ministro per la solidarietà sociale n. 306 del 15/7/1999.

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, C. F. \_\_\_\_\_ quivi residente in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Nr. Tel. (facoltativo): \_\_\_\_\_;

**C H I E D E**

la concessione dell'assegno di maternità previsto dall'ex art. 66 della Legge 23/12/1998, n. 448.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

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

- che l propri figli \_\_\_\_\_ è  
nat a \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_, come risulta dell'apposita iscrizione  
all'anagrafe dei nuovi nati di codesto Comune. ( *Segnare la voce che interessa* ):

- **a) Di non essere** beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'Istituto nazionale per la previdenza sociale ( INPS ) o di altro ente previdenziale per lo stesso evento, per cui si allega:  
- Copia dell'**Attestazione I.S.E.E.** rilasciata nel corso dell'anno 2020, per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

- **b) Di essere** già beneficiaria di trattamenti previdenziali di maternità, però inferiore agli importi previsti dall'art. 66 della legge n. 448/98, per cui ha diritto alla quota differenziale dell'assegno.  
A tal fine, alla presente si allega:  
- **Dichiarazione sostitutiva**, a norma della legge 4/1/68, n. 15, relativa alla somma complessivamente erogata dall'ente che ha corrisposto la prestazione, ovvero, una dichiarazione dell'ente medesimo.

**Dichiara**, altresì:

- che la situazione economica, di cui all'allegata dichiarazione sostitutiva, è quella dell'intero nucleo familiare e si compone del reddito e del patrimonio ( mobiliare e immobiliare ) di ciascuno di essi;
- di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione della prestazione, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite con il sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di comunicare tempestivamente a codesto Ente ogni evento che determini la variazione sia della composizione del nucleo familiare, che dei dati forniti nella dichiarazione sostitutiva, tali da comportare l'illecita erogazione di prestazioni sociali agevolate.

Alla presente si allega, inoltre, copia di un valido documento di riconoscimento.

Ai sensi del D. L. n. 201/2011 e s.m.i., con la presente si chiede che il pagamento venga effettuato mediante ( *segnare con una croce la modalità prescelta – **Dati obbligatori*** ):

- **Bonifico Bancario:**

- **Libretto Postale:**

- CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_ C/C n.: \_\_\_\_\_

- IBAN: \_\_\_\_\_.

Campofranco, li \_\_\_\_\_

**In Fede**

\_\_\_\_\_  
( Firma da apporre leggibile e per esteso )