

**CITTA' DI NOVIGRAD-CITTANOVA
 ASSESSORATO PER GLI AFFARI DELL'UFFICIO
 DEL SINDACO, AFFARI GENERALI E
 ATTIVITA' SOCIALI
 Piazza grande 1, 52466 NOVIGRAD-CITTANOVA**

**OGGETTO: DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALL'AIUTO
 NEL PAGAMENTO DELLE SPESE MEDICINALI**

Prima di compilare il modulo, la preghiamo di leggere il testo fino alla fine, perche' questo le dara' una visione completa dei dati richiesti e le facilitera' la compilazione.

La preghiamo di rispondere a tutte le domande del modulo che si riferiscono a lei e ai membri del suo nucleo familiare e di consegnare tutti i documenti richiesti.

Se non lo fara', non avremo la possibilita' di effettuare il procedimento per il riconoscimento del diritto richiesto.

1. DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE / DELLA PERSONA CHE CHIEDE L'AIUTO

Nome e cognome, cognome da nubile		
Nome del padre/della madre		
Data e luogo di nascita		
NIP		
Indirizzo di residenza		
Indirizzo di domicilio		
Telefono, cellulare, indirizzo email		
Grado di istruzione e titolo di studio		
Professione (che state svolgendo)		
Stato lavorativo	1. Occupato/a 2. Disoccupato/a abile al lavoro 3. Non abile al lavoro	4. Pensionato/a 5. Casalinga 6. Altro (elencare)
Stato matrimoniale	1. Celibe/nubile 4. Vedovo/a	2. Sposato/a 5. Divorziato/a
Fruite di qualche indennita' in denaro da parte del Centro per l'assistenza sociale? Se si' quale?	SI 1. Diritto all'indennita' minima garantita 2. Diritto all'aggiunta per l'aiuto e la cura 3. Diritto all'indennita' di invalidita' personale 4. Diritto allo stato di genitore assistente nella cura 5. Diritto allo stato di assistente nella cura	NO
Fruisce un membro del suo nucleo familiare di qualche indennita' in denaro da parte del Centro	SI	NO

per l'assistenza sociale? Se si', quale?	
--	--

2. DATI SUI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE

Il nucleo familiare e' una comunita' familiare oppure di altro genere composta da persone che vivono assieme condividendo le spese indipendentemente dai legami di parentela.

Siete tenuti a elencare tutte le persone che compongono il nucleo familiare.

	Nome e cognome	NIP	Data di nascita	Parentela con il richiedente	Professione
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

3. DATI SULLE ENTRATE

La tabella di seguito viene compilata dal richiedente se lo stesso e/oppure i membri del suo nucleo familiare realizzano qualche forma di reddito.

Si considerano reddito tutte le entrate in denaro realizzate in base al lavoro, alla pensione, ai proventi da proprieta' oppure in altro modo (ad esempio dalla quota di capitale, dagli interessi bancari e sim.) realizzati nel paese e all'estero in conformita' alle disposizioni sulla tassazione del reddito, diminuiti dell'ammontare delle tasse e sovrattasse pagate.

Nel reddito NON rientrano i proventi, le indennita' e gli aiuti che ai sensi della Legge sull'assistenza sociale (assegni familiari, indennizzi in denaro per lesioni fisiche, sussidio ortopedico, borsa di studio per l'alunno oppure lo studente per la durata dell'istruzione regolare, l'indennita' minima garantita e gli altri aiuti realizzati ai sensi della Legge sull'assistenza sociale, gli aiuti realizzati ai sensi della Delibera sull'assistenza sociale e delle altre delibere cittadine e sim.).

L'ammontare del reddito viene diminuito della somma che ai sensi delle disposizioni che regolano i rapporti familiari, il singolo oppure il membro del nucleo familiare paga per il mantenimento di una persona con la quale NON vive.

	Nome e cognome del membro del nucleo familiare che realizza reddito	Elencare il tipo di reddito (ad es. stipendio, pensione, indennita' dell'Istituto croato per l'impiego e altro)	Ammontare del reddito mensile
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

4. LEI OPPURE I MEMBRI DEL SUO NUCLEO FAMILIARE AVETE STIPULATO IL CONTRATTO DI MANTENIMENTO PER LA DURATA DELLA VITA COME BENEFICIARI DEL MANTENIMENTO? (accerchiare la risposta corrispondente)

↑SI

↑NO

5. PREGO DI EFFETTUARE IL PAGAMENTO A FAVORE DEL CONTO:

Nome della banca: _____

Numero di conto in formato IBAN:

HR _____

6. DATI DEL RICHIEDENTE CHE INOLTRA LA RICHIESTA PER CONTO TERZI:
(quando si effettua la richiesta per un'altra persona)

Nome e cognome					
Grado di parentela con la persona per la quale si effettua la richiesta	genitore	figlia/o	consorte/ partner extramatri moniale	tutore/trice	altro (elencare)
Indirizzo di residenza					
Telefono/cellulare					

Dichiaro:

- che le informazioni/i dati che ho fornito nel presente modulo sono complete e corrispondono a verità e che sono a conoscenza che in merito all'esattezza dei dati forniti nella presente domanda rispondo materialmente e penalmente.

Acconsento che:

- le informazioni/i dati da me forniti vengano utilizzati nel procedimento di soluzione della domanda, autorizzo la Città' di Novigrad-Cittanova per la verifica dell'esattezza, il trattamento, la custodia e l'utilizzo anche per altri scopi nell'ambito di competenza della Città' e dietro necessità a fornirli agli altri organi statali in conformità alla legge.

Luogo e data _____

Firma _____

7. DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

Vi preghiamo di allegare tutta la documentazione necessaria riportata nell'elenco di seguito e di cerchiare il numero davanti al nome del documento che allegate alla presente domanda.

1. **Fotocopia della carta di identita' di tutti i membri del nucleo familiare nella quale e' evidente l'indirizzo di residenza - per il bambino minorenni: il passaporto oppure l'attestato del Ministero agli affari interni, non piu' vecchio di 30 giorni**
2. **Attestato del Ministero agli affari interni in merito al domicilio notificato** (quando il membro del nucleo familiare non abita all'indirizzo di residenza)
3. **Per tutti i membri minorenni del nucleo familiare: la fotocopia della fede di nascita**
4. **L'attestato che dimostri con quale genitore vive il bambino minorenne** (sentenza del tribunale)
5. **Il documento che dimostri l'obbligo di pagamento del mantenimento (alimenti) per il bambino/la persona adulta che NON E' membro del nucleo familiare** (sentenza del tribunale, accordo scritto sul contributo per il mantenimento)
6. **Contratto di mantenimento per tutta la vita per il richiedente oppure un membro del nucleo familiare beneficiario del mantenimento**
7. **Il documento che dimostri la realizzazione dei diritti di cui alla Legge sull'assistenza sociale** (decreto oppure attestato del competente centro di assistenza sociale sul diritto dell'indennita' minima garantita, l'incentivo per l'aiuto e la cura, l'indennita' di invalidita' personale, del decreto sullo stato di genitore assistente oppure di assistente)
8. **Per i membri adulti del nucleo familiare inidonei al lavoro:** il referto oppure l'attestato del competente organo di valutazione, il decreto della pensione di invalidita'
9. **Per i membri del nucleo familiare disoccupati idonei al lavoro:** l'attestato dell'Istituto croato di collocamento, non piu' vecchio di 15 giorni
10. **Per i membri del nucleo familiare – alunni e studenti regolari:** attestato di iscrizione all'anno scolastico/accademico corrente
11. **Per tutti i membri del nucleo familiare che realizzano reddito: la dimostrazione del reddito realizzato (riscosso)** (stipendio/pensione/indennita' dell'Istituto croato di collocamento, indennita' di maternita' oppure altro reddito soggetto a tassazione) **per gli ultimi tre (3) mesi precedenti al mese in cui viene inoltrata la domanda** (attestato o modulo del datore di lavoro, attestato di altro soggetto pagante, talloncino della pensione)
12. **L'attestato dell'Ufficio fiscale sull'ammontare del reddito e dei proventi per tutti i membri del nucleo familiare per l'anno corrente**
13. **La dimostrazione della necessita' di utilizzare le medicine che non vengono riconosciute dall'Istituto per la sanita, che deve riportare il dosaggio della terapia** (attestato del medico, responso specialistico, lettera di dimissioni dell'ospedale e sim.)
14. **Il conto della farmacia sull'acquisto delle medicine non piu' vecchio di 30 giorni.**

NOTA:

NON E' NECESSARIO allegare la documentazione di cui ai punti da 8 a 12 se:

- il richiedente realizza il diritto all'aggiunta per l'aiuto e la cura oppure l'indennita' di invalidita' personale da parte del Centro per l'assistenza sociale.
- il richiedente oppure il suo nucleo familiare realizza il diritto indennita' minima garantita del Centro per l'assistenza sociale

In caso di necessita' di ulteriori informazioni, verra' contattato dal referente preposto alla soluzione della richiesta.

