

Esente da bollo ai sensi
art. 8, tab. B, DPR 642/1972

Domanda ricevuta dall'operatore

ASSEGNO DI MATERNITÀ – ANNO 2019

Io sottoscritta _____ nata a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____
C. F. _____
madre del/la **bambino/a** _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDO

la concessione dell'assegno di maternità ai sensi della vigente normativa: art. 74 del D.Lgs. 151/2001, art. 10 del D. P. C. M. 452/2000, D. P. C. M. 337/2001.

A tal fine, valendomi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 "*Testo Unico sulla documentazione amministrativa*" e **consapevole, in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, delle sanzioni** ai sensi del codice penale e **della decadenza dei benefici conseguiti**, in base agli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000

DICHIARO

sotto la mia responsabilità

- di essere cittadina italiana o appartenente all'Unione Europea;
- di essere cittadina extracomunitaria in possesso di titolo di soggiorno in corso di validità ed appartenente ad una delle seguenti tipologie:
- cittadino rifugiato politico, familiare o superstite;
 - cittadino apolide, familiare o superstite;
 - cittadino titolare della protezione sussidiaria;
 - cittadino che ha soggiornato legalmente in almeno 2 stati membri, familiare o superstite;

- cittadino familiare di cittadino italiano, dell'Unione o di soggiornante di lungo periodo;
 - cittadino titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
 - cittadino lavoratore del Marocco, Tunisia, Algeria e Turchia, e familiari;
 - cittadino titolare del permesso unico per lavoro o con autorizzazione al lavoro, e familiari (ad eccezione delle categorie espressamente escluse dal D.lgs. 40/2014).
- di essere cittadina extracomunitaria **IN ATTESA** di permesso di lungo periodo, consapevole che l'erogazione dell'assegno, se spettante, sarà disposta **solo dopo la consegna del permesso di soggiorno** presso l'ufficio Servizi Sociali.
- di essere in possesso di ricevuta attestante la richiesta d'inserimento del bambino nel proprio permesso di lungo periodo.
- di essere **affidataria preadottiva** di bambino/a nato/a il _____ entrato nella propria famiglia anagrafica il _____
- di essere **adottante senza affidamento** di bambino/a nato/a il _____ entrato nella propria famiglia anagrafica il _____
- che negli ultimi **due anni precedenti** la nascita del bambino/a _____:
- non ho prestato attività lavorativa** di alcun genere
 - ho lavorato** come lavoratrice dipendente o parasubordinata dal _____ al _____ presso l'azienda _____ con sede in _____
 - ho lavorato** come lavoratrice autonoma dal _____ al _____ con qualifica di _____
 - ho lavorato** come lavoratrice parasubordinata (collaborazione coordinata e continuativa) dal _____ al _____ presso l'azienda _____ con sede in _____
- di **non essere beneficiaria** di trattamenti previdenziali di maternità a carico dell'INPS o altro ente previdenziale per la stessa nascita, né di altri trattamenti economici di maternità di cui all'art. 13 comma 2, della Legge 1204/71 e successive modificazioni, nonché di trattamenti economici corrisposti da datori di lavoro non tenuti al versamento di contributi di maternità;
- di **essere già beneficiaria** di trattamento previdenziale o economico di maternità per la nascita del figlio/a, inferiore all'assegno in oggetto e precisamente per l'importo di € _____, come da dichiarazione **allegata** dell'Ente o Datore di Lavoro;
- di **non aver fatto richiesta** di fruizione dell'assegno di maternità erogato dall'INPS in base alla legge 488/99;
- di avere sottoscritto in data _____ la **Dichiarazione Sostitutiva Unica (D. S. U.) ai fini ISEE ai sensi del D. P. C. M. 05/12/2013 n. 159 e del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 07/11/2014;**
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione potrà eseguire opportuni **controlli** sulle dichiarazioni effettuate riservandosi di segnalare eventuali difformità alle autorità competenti ed al contempo negare il beneficio o comunque revocarlo se già precedentemente concesso;
- di comunicare tempestivamente al Servizio Sociale Unificato dell'Unione Tresinaro Secchia ogni evento che determini **variazioni nella residenza** del nucleo familiare o nella **forma scelta per il pagamento** dell'assegno.

Chiedo inoltre che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato tramite:

- accreditato su **conto corrente intestato o cointestato alla sottoscritta**
- accreditato su **libretto postale intestato o cointestato alla sottoscritta**

avente il seguente **codice IBAN**:

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE																		

accesso presso Istituto di Credito _____ filiale di _____

Ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali” approvato con D. Lgs.vo n. 196/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs 101/2018 e del Regolamento UE 2016/679, dichiaro di avere preso visione delle finalità di utilizzo e delle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, che saranno oggetto di trattamento da parte del Servizio Sociale Unificato dell’Unione Tresinaro Secchia secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell’attività amministrativa. Dichiaro inoltre di avere preso visione delle “INFORMAZIONI” allegate al presente modulo.

In fede

_____, li _____

Firma del richiedente

ATTENZIONE: Quando la firma non è apposta in presenza del dipendente comunale incaricato al ricevimento dell’istanza, occorre allegare fotocopia di un documento di identità valido del sottoscrittore.

Allego:

- fotocopia permesso di soggiorno di lungo periodo *ovvero* fotocopia della ricevuta di avvenuta richiesta alla Questura di rilascio del permesso di lungo periodo
- ricevuta attestante la richiesta d’inserimento del bambino nel proprio permesso di lungo periodo.
- fotocopia della attestazione ISEE

INFORMAZIONI

La domanda può essere presentata dalle madri **italiane, comunitarie, extracomunitarie in possesso di carta di soggiorno per sé e per il figlio, entro 6 mesi dalla data di nascita** del figlio o dalla data di ingresso nel nucleo familiare del minore in adozione o affidamento. Le madri devono possedere **i requisiti** previsti dall’art. 10 del Decreto 452/2000 e successive modificazioni; in particolare l’assegno viene riconosciuto alla madri che si trovano in una delle seguenti condizioni:

- madri che non lavorano e non hanno lavorato nei 2 anni precedenti la nascita del figlio;
- madri che non lavorano ma hanno lavorato nei 2 anni precedenti la nascita del figlio: l’assegno spetta solo se non risulta già beneficiaria di trattamento INPS per maternità (madri che hanno lavorato dai 9 ai 18 mesi antecedenti il parto e alle quali sono stati versati almeno tre mesi di contribuzione).

- madri che lavorano: l'assegno spetta solo se il trattamento economico riconosciuto dal datore di lavoro sia inferiore all'importo dell'assegno e spetta solo per la differenza tra il trattamento erogato dal datore di lavoro e quello riconosciuto dal Comune.

Per avere diritto all'assegno occorre che la situazione economica della famiglia, calcolata attraverso l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (**I.S.E.E.**), non sia superiore a € **17.330,01**. L'importo mensile dell'assegno per il **2019** è di **Euro 346,39 mensili** se erogato per intero. L'assegno è concesso per un massimo di **cinque mensilità** per un importo totale di € **1.731,95**.

La domanda può essere presentata presso una delle seguenti sedi:

COMUNE	SEDI	GIORNI E ORARI DI APERTURA
BAISO	Sportello sociale PIAZZA DELLA REPUBBLICA 1 – 42031 BAISO (RE) TEL. 0522/985953	LUNEDÌ - MARTEDÌ DALLE 9:00 ALLE 12:00
CASALGRANDE	Sportello sociale PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTÀ, 1 – 42013 CASALGRANDE (RE) TEL. 0522/985920	MARTEDÌ - GIOVEDÌ - SABATO DALLE 9:00 ALLE 12:30
CASTELLARANO	Sportello sociale VIA ROMA 7 – 42014 CASTELLARANO (RE) TEL. 0522/985930	LUNEDÌ' - MARTEDÌ - MERCOLEDÌ - GIOVEDÌ - VENERDÌ DALLE 10:00 ALLE 12:30; SABATO DALLE 10:00 ALLE 11:30
RUBIERA	Sportello sociale VIA EMILIA EST 5 – 42048 RUBIERA (RE) TEL. 0522/985940 – 0522/985943	MARTEDÌ - GIOVEDÌ – VENERDÌ' - SABATO DALLE 10:30 ALLE 13:00
SCANDIANO	Sportello sociale VIA REVERBERI 1 – 42019 SCANDIANO (RE) TEL. 0522/985860 – 0522/985866 Accesso telefonico dalle 7.30 alle 9.30	MARTEDÌ - GIOVEDÌ – VENERDÌ DALLE 9:30 ALLE 13:00
VIANO	Sportello sociale VIA SAN POLO 1 – 42030 VIANO (RE) TEL. 0522/985952	MARTEDÌ – GIOVEDÌ DALLE 9:00 ALLE 12:00

L'istruttoria è svolta dal Servizio Sociale Unificato. Il procedimento viene concluso **entro 90 giorni** dal ricevimento della domanda completa e regolare. La domanda incompleta o irregolare sospende/interrompe il decorso del termine.

A conclusione del procedimento verrà data comunicazione dell'esito della domanda:

- accoglimento della richiesta e dell'avvenuto inoltro dei dati all'INPS per l'erogazione dell'assegno
- ovvero, diniego con motivazione.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (AI SENSI DELL'ART.13 del Regolamento europeo n. 679/2016)

Nel rispetto del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016, relativo alla protezione e al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione degli stessi, in conformità a quanto previsto dall'art 12 (Informazioni, comunicazioni e modalità trasparenti per l'esercizio dei diritti dell'interessato), si comunica che l'informativa per il trattamento dei dati personali è esposta negli Uffici del Servizio Sociale Unificato dell'unione Tresinaro Secchia.