

Oggetto: richiesta misure di sostegno economico ex art.5 l.r. n.45/2013

Il sottoscritt _____ nato a _____ prov. _____
il _____ e residente a _____ in via/p.zza _____ n _____
codice fiscale _____ tel./cell. _____

ai fini di quanto previsto dall'art. 5 comma 1 della legge regionale n. 45 del 30/12/2013 (in base al quale, a titolo sperimentale, per il periodo di imposta 2014, le detrazioni previste dall'articolo 12, comma 1, lettera c), del d.p.r. 917/1986 sono maggiorate, nell'ambito dell'addizionale regionale all'IRPEF e secondo quanto previsto dall'articolo 6, comma 5, del d.lgs. 68/2011, dei seguenti importi: a. **20 euro per i contribuenti con più di tre figli a carico, per ciascun figlio**, a partire dal primo, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati; b. **la detrazione** spettante ai sensi della lettera a) **è aumentata di un importo pari a 375 euro per ogni figlio con diversa abilità** ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104 Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e dall'art.5 comma 3 della legge regionale n.45 del 30/12/2013 (in base al quale, qualora il livello di reddito e la relativa imposta, calcolata su base familiare, non consente la fruizione delle detrazioni di cui al comma 1, il soggetto IRPEF usufruisce di misure di sostegno economico diretto equivalenti alle detrazioni spettanti), consapevole delle sanzioni civili e penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R n° 445 del 28/12/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n°445/2000

DICHIARA

di avere diritto alle detrazioni per carichi di famiglia (art. 12 del D.P.R. n° 445/2000) per i seguenti figli a carico, in quanto **non hanno percepito, nell'anno 2020, un reddito complessivo superiore ad € 2.840,51, al lordo degli oneri deducibili o superiore a € 4.000 al lordo degli oneri deducibili nel caso di figli con età non superiore ai 24 anni:**

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Mesi a carico	Percentuale a carico 50%	Percentuale a carico 100%	Riconoscimento invalidità (art.3 L.104/92) SI/NO

di essere soggetto IRPEF e che il proprio reddito complessivo, imponibile fiscalmente, nell'anno 2020 è pari ad € _____;

di avere diritto alle misure di sostegno economico previste dall'art. 5 comma 3 della Legge Regionale n.45/2013;

di non aver potuto usufruire delle detrazioni di cui all'art 5 comma 1 della L.R. 45/2013, pari ad € _____ per n. ____ figli a carico, di cui n. ____ con diversa abilità ai sensi dell'art. 3, legge n. 104/92, come sopra indicati, in quanto il livello di reddito e la relativa imposta, calcolata su base familiare, non ha consentito / ha parzialmente consentito per un importo pari ad € _____ l'utilizzo delle predette detrazioni;

- di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003, che i suoi dati personali (anche riferiti a condizioni di salute) saranno raccolti dal Consorzio dell'Ambito Territoriale Sociale di Poggiardo e trattati esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano;
- di autorizzare, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, il Consorzio a raccogliere e trattare i propri dati personali esclusivamente per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano.

CHIEDE

ai sensi dell'art. 5 comma 3 della L.R. 45/2013, il pagamento della somma di € _____, mediante versamento sul conto corrente IBAN _____ ovvero mediante _____

Allega copia leggibile di un documento d'identità del richiedente in corso di validità.

Data, _____

Firma del dichiarante _____