



## **AMBITO TERRITORIALE N.3 AUSL BR/1**

**FRANCAVILLA FONTANA (Comune Capofila)  
CAROVIGNO – CEGLIE MESSAPICA – ORIA –  
SAN MICHELE SALENTINO – VILLA CASTELLI**

---

### **BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER LA NATALITA'**

Il Dirigente Responsabile dell'Ufficio di Piano

- vista la D.R.G. n. 2100 del 29 dicembre 2004;
- vista la D.G.R. n. 474 del 31 marzo 2005;
- vista la Delibera del Coordinamento Istituzionale n. 28 del 17/11/2009;

informa la cittadinanza che è indetto il BANDO DI CONCORSO per l'assegnazione dei contributi per la natalità.

#### **Art. 1 - FINALITA'**

La Regione Puglia ha inteso finalizzare l'erogazione del contributo economico in oggetto a sostegno dei nuovi nati che alla data di pubblicazione del presente bando non abbiano compiuto i 12 mesi di età e che siano interessati da situazioni come quelle di seguito descritte, al fine di fornire un sostegno economico per le spese più strettamente legate alla fase perinatale sostenute dai nuclei familiari facenti parte dei sei Comuni dell'Ambito Territoriale sociale n. 3, ovvero: Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, Villa Castelli, San Michele Salentino.

#### **Art. 2 - BENEFICIARI E REQUISITI DI ACCESSO**

Sono individuati come beneficiari dell'intervento le seguenti categorie:

- giovani coppie che hanno affrontato un parto gemellare o plurigemellare.
- giovani coppie che hanno affrontato la nascita di un neonato che presenti malformazioni o specifiche gravi forme di disabilità.

Ai fini del presente bando i beneficiari devono rientrare nelle seguenti condizioni di ammissibilità:

- a) entrambi i coniugi residenti da almeno tre anni in uno dei Comuni appartenenti all'ambito Territoriale sociale;
- b) la somma dell'età dei due coniugi non superiore a 70 anni alla data del matrimonio.

### **Art. 3 - CRITERI DI PRIORITA'**

Al fine della formazione della graduatoria per l'erogazione dei contributi economici in oggetto, saranno considerati i seguenti criteri di priorità, per i quali verrà attribuito un punteggio da utilizzare al fine della formazione della graduatoria:

#### 1) SITUAZIONE ECONOMICA

- famiglie/coppie con ISEE compresa tra € 0 e € 2.500,00: **punti 10**
- famiglie/coppie con ISEE compresa tra € 2.500,01 e € 5.000,00: **punti 8**
- famiglie/coppie con ISEE compresa tra € 5.000,01 e € 7.500,00: **punti 6**
- famiglie/coppie con ISEE compresa tra € 7.500,01 e € 10.000,00 **punti 4**
- famiglie/coppie con ISEE compresa tra € 10.000,01 e € 12.500,00 **punti 2**
- famiglie/coppie con ISEE oltre € 12.500,00 **punti 0**

#### 2) SITUAZIONE FAMILIARE

- Presenza di figli minori oltre a quelli per i quali è richiesto il beneficio e che risultino presenti nello stato di famiglia alla data di presentazione della domanda:  
**punti 1 per ciascun figlio**
- Presenza di figli minori con forme di disabilità oltre a quelli per i quali viene richiesto il beneficio di cui il presente bando. Tale punteggio è da intendersi cumulabile con il punteggio assegnato a ciascun singolo figlio, di cui al precedente punto:
  - **Punti 2 per ogni ulteriore figlio con disabilità documentata inferiore o pari al 75%**
  - **Punti 3 per ogni ulteriore figlio con disabilità documentata superiore al 75%**

### **Art. 4 - TIPOLOGIA DI AIUTO ED ENTITA' DEL CONTRIBUTO**

Il suddetto contributo è erogato a fondo perduto ed è pari a € 1.000,00. Tale contributo si cumula nel caso di parto gemellare o plurigemellare ed è cumulabile con altri interventi simili.

In caso di posizione di parità in graduatoria, si dà precedenza al nucleo con ISEE inferiore.

### **Art. 5 - MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

La domanda di richiesta del contributo dovrà essere compilata utilizzando esclusivamente, pena la

non ammissibilità della stessa, il modulo allegato al presente Bando (ALLEGATO A) che potrà essere ritirato presso gli Uffici Servizi Sociali e gli sportelli di Segretariato Sociale dei Comuni dell' Ambito, collocati rispettivamente:

- Francavilla Fontana – Piazza Marconi, 14 – Tel. 0831/820401 – Servizio Sociale Professionale;
- Carovigno – Via G. Verdi, 1 – Tel. 0831/997237;
- Ceglie Messapica – Via De Nicola – Tel. 0831/387208;
- Oria – Via epitaffio – Tel. 0831/846536;
- San Michele Salentino – Via G. Pascoli, 1 – Tel. 0831/966026;
- Villa Castelli – Piazza Municipio, 1 – Tel. 0831/869206.

Alla domanda occorre allegare, pena la non ammissibilità della stessa, la seguente documentazione:

- attestazione ISEE;
- fotocopia documento identità del richiedente;
- certificati medici attestanti la disabilità del /dei beneficiari/o e di altri eventuali minori appartenenti al nucleo familiare.

La domanda dovrà essere presentata esclusivamente a mano presso l'Ufficio Archivio e Protocollo del proprio Comune di residenza, ovvero di Ceglie Messapica, Carovigno, Oria, San Michele Salentino e Villa Castelli o, per i residenti a Francavilla Fontana, presso l'Ufficio Protocollo di Ambito in piazza Marconi, n. 14, entro il termine perentorio delle ore 12,00 del trentesimo giorno dalla data di pubblicaione del presente bando.

#### **Art. 6 - ISTRUTTORIA, FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE ED AMMISSIONE AL CONTRIBUTO**

L'Ufficio di Piano, con l'ausilio tecnico del Servizio Sociale Professionale, cura l'istruttoria delle domande ricevute e la formazione della graduatoria mediante l'applicazione dei punteggi come sopra indicato per la valutazione di ciascuna domanda.

Le domande che, alla data di presentazione, risulteranno incomplete della documentazione richiesta, non saranno prese in considerazione, nè sarà possibile la successiva integrazione della stessa.

La graduatoria è pubblicata nell'Albo Pretorio di tutti i Comuni dell'Ambito e sui rispettivi siti internet istituzionali.

Ai soli beneficiari verrà data comunicazione dell'esito della procedura di istruttoria.

## **Art. 7 - DECADENZA DEL DIRITTO AL CONTRIBUTO**

Il diritto al contributo decade:

- qualora venga meno la sussistenza dei requisiti di cui al presente bando a seguito di accertamenti disposti;
- qualora i beneficiari rifiutino i controlli che potrebbero essere disposti dall'Ambito;

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI: allo Sportello di Segretariato Sociale o agli Uffici Servizi Sociali del proprio Comune di residenza.

Francavilla Fontana, lì 24/02/2010

**Il Responsabile dell'Ufficio di Piano**  
MUOLO

**Il Presidente del Coordinamento Istituzionale**  
P.I. Cosimo BUNGARO

## DOMANDA DI CONTRIBUTO per la NATALITA'

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale di Francavilla Fontana  
Piazza Marconi, 14  
72021 Francavilla Fontana

OGGETTO: Contributi per la NATALITA'-

Il/la sottoscritto/a (indicare i dati anagrafici del soggetto che risiede nei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) (dall'anno \_\_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ dichiara che il proprio nucleo familiare è costituito dai seguenti componenti:

Num.	Cognome e nome - data e luogo di nascita	Ruolo e grado di parentela

### CHIEDE

l'erogazione del contributo di € 1.000,00 (mille/00), di cui alla Del. G. R. n. 2100 del 29.12.2004, così come integrata dalla deliberazione di G.R. n. 474 del 31/03/2005, per ciascuno dei figli nuovi nati di seguito indicati:

Num.	Cognome e nome	Data di nascita


A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 ed avendo preso visione di tutti i requisiti necessari per accedere al contributo,

### DICHIARA

che l'ISEE del nucleo familiare è pari a Euro \_\_\_\_\_ (in cifra ed in lettera);

che fanno parte del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ figli minori con disabilità, come attestato da idonea documentazione allegata alla presente domanda;

- di essere unito in matrimonio dalla data del \_\_\_\_\_ con il Signor/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e che il sottoscritto potrà essere contattato ai seguenti recapiti telefonici \_\_\_\_\_

che fanno parte del nucleo familiare n. \_\_\_\_\_ figli minori generati con parto gemellare/plurigemellare, avvenuto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

- dichiara infine di avere piena conoscenza di tutte le condizioni, le modalità, le prescrizioni ed ogni altro aspetto, previsti nel presente bando, e con la firma apposta in calce alla presente domanda espressamente accetta e si impegna ad osservarle tutte senza riserva alcuna.

### SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente al Comune dell'Ambito e/o all'Ufficio di Piano ogni variazione che dovesse interessare ciascuno dei dati sopra riportati.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

La sig.ra/il sig. \_\_\_\_\_

- **Autorizza** l'Ambito Territoriale al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D.Legs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

#### **ALLEGATI**

##### **Documentazione richiesta dal Bando:**

- attestazione ISEE;
- fotocopia documento identità del richiedente;
- certificati medici attestanti la disabilità del /dei beneficiari/o e di altri eventuali minori appartenenti al nucleo familiare.