

Regione Umbria
Giunta Regionale

*Domanda di contributi L. n. 13/1989
Da inviare tramite PEC o Raccomandata
FASE DOMANDA*

ALLEGATO 1 al MODELLO A

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

(1) La base di calcolo del contributo erogabile è costituita dalle spese effettivamente sostenute e comprovate con fattura (IVA inclusa). Qualora la spesa fatturata risulti inferiore a quella originariamente indicata nella domanda come spesa prevista, il contributo è ridotto tenendo conto della minor spesa.

Il richiedente deve comunicare al Comune la conclusione dei lavori con trasmissione della fattura e copia di tutti gli eventuali titoli abilitativi (comprensivi di inizio e fine lavori).

Il contributo è erogato in rapporto alla spesa sostenuta secondo questa casistica:

- **spesa fino a 2.582,28 euro:** contributo fino alla copertura della spesa
- **spesa da 2.582,28 a 12.911,42 euro:** contributo di € 2.582,28 più il 25% della rimanente spesa che eccede i primi 2.582,28 euro (esempio: spesa sostenuta € 7.000,00; contributo € 2.582,28 + € 1.104,43 pari al 25 % dei rimanenti 4.417,72 euro. Contributo erogabile € 3686,71)
- **spesa dai 12.911,42 ai 51.645,68 euro:** contributo di 5.164,56 euro più il 5% della spesa che eccede i primi 12.911,42 euro (esempio: spesa sostenuta € 30.000,00; contributo € 5.164,56 + € 1.654.405 = 5% dei rimanenti 17.088,58 euro. Contributo erogabile € 6.018,989)

(2) Si deve indicare l'immobile oggetto dell'intervento in cui la persona con disabilità ha la residenza anagrafica oppure in cui trasferirà la residenza.

(3) Specificare se si abita l'immobile a titolo diverso dalla proprietà o locazione (ad es. convivenza, ospitalità, comodato, ecc.).

(4) Per Fine lavori si intende la data dell'ultima fattura oppure dichiarazione di fine lavori da parte di tecnico abilitato ai sensi del Testo unico dell'edilizia D.P.R. 380/2001.

(5) Si precisa che per opere funzionalmente connesse si intendono quelle volte alla rimozione di barriere architettoniche che ostacolano la stessa funzione (ad es. funzione di accesso all'immobile; funzione di utilizzabilità e visitabilità dell'alloggio, ecc.), come di seguito esemplificato. Pertanto, qualora si intenda realizzare più opere, se queste sono funzionalmente connesse, il richiedente deve formulare un'unica domanda essendo unico il contributo che, a sua volta verrà computato in base alla spesa complessiva. Parimenti, qualora di un'opera o di più opere funzionalmente connesse possano fruire più persone con disabilità, deve essere presentata una sola domanda da

uno dei suddetti, in quanto uno solo è il contributo concesso. Se invece le opere riguardano l'abbattimento di barriere che ostacolano funzioni tra loro diverse (A. funzione di accesso es.: installazione ascensore; B. funzione di visitabilità es.: adeguamento servizi igienici, ampiezza porte...) l'istante deve presentare una domanda per ognuna di esse e può ottenere più di un contributo. Si precisa che i contributi ai sensi della L. n° 13\89 sono cumulabili con altri concessi a qualsiasi titolo per la realizzazione della stessa opera, fermo restando che l'importo complessivo dei contributi non può superare la spesa effettivamente sostenuta.

(6) Specificare l'opera da realizzare

(7) Per Inizio dei lavori si intende la data della prima fattura oppure dichiarazione di inizio lavori da parte di tecnico abilitato ai sensi del Testo unico dell'edilizia D.P.R. 380/2001.

CONTATTI

Ufficio Responsabile – Area servizi Sociali e Scolastici - Servizio per l'Accoglienza, l'Inclusione e l'Emergenza - SEDE Comune di Foligno - Via Oberdan, 119

Referente - Antonini Donatella - Tel: 0742/346002

Orari ricevimento (*previo appuntamento telefonico*): *Martedì e Giovedì 10,00 – 12,00*

La documentazione per la richiesta di contributo (es: ISTANZA, DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, ATTO DI NOTORIETÀ) e qualsiasi altra comunicazione dovrà essere indirizzata a:

Sig. Sindaco del Comune di Foligno Ufficio: Servizio per l'Accoglienza, l'Inclusione e l'Emergenza
Sede in Via: Oberdan, 119 – 06034 Foligno

L'invio va effettuato per:

- RACCOMANDATA A/R oppure

- PEC: comune.foligno@postacert.umbria.it (*si accettano solo DOCUMENTI redatti in formato PDF*)- Eventuale delega se il mittente della pec non è il richiedente della domanda di concessione del contributo(L. n.13 del 09/01/1989). **Inoltre, eventuale autorizzazione** da parte del richiedente a ricevere comunicazioni, sull'indirizzo pec del mittente, da parte del Comune *in merito alla domanda di concessione del contributo(L. n.13 del 09/01/1989)* presentata dal richiedente);

- Altro: A MANO presso l' Ufficio relazioni con il Pubblico(U. R. P.) – Piazza della Repubblica n. 8(piano terra) nei seguenti giorni ed orari: lunedì-mercoledì-venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e martedì e giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e dalle ore 15,30 alle ore 17,30.

Ad ogni trasmissione di documenti dovrà essere allegata la copia della carta di identità (fronte e retro) di colui/ei che trasmette oltre ai documenti dei firmatari.

OGGETTO: Domanda di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati di residenza (Legge n. 13 del 09/01/1989 e ss.mm.ii e D.P.R. N. 380/2001 – Capo III).

ATTO DI DELEGA E AUTORIZZAZIONE ALLA RICEZIONE VIA PEC DELLE COMUNICAZIONI DEL COMUNE DI FOLIGNO

Il/La sottoscritto/anato/a.....
.....il
codice fiscale:.....
residente a Vian°

in relazione alla domanda del/la sottoscritto/a di concessione di contributo per il superamento e l'eliminazione della barriere architettoniche negli edifici privati di residenza(L. 13/1989) indirizzata al Comune di Foligno,

DELEGA

il/la sig./ra.....
residente in
Pec.....
Tel – cel.....
E-mail

a depositare tramite la propria pec: la domanda di contributo(modello A) con relativi allegati e, successivamente, la richiesta liquidazione contributo(modello B) con relativi allegati.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, autorizza il Comune di Foligno a inviare ogni comunicazione relativa alla domanda di concessione del contributo legge n. 13 del 09/01/1989 sull'indirizzo pec del mittente: . .

Il/La sottoscritto/a autorizza il/la sig./ra.....
.....

all'utilizzo dei propri dati personali e sensibili della vigente normativa in materia di privacy.....
.....

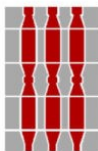
(luogo, data)

Il dichiarante

.....



ALLEGATO 2 al MODELLO A



Regione Umbria
Giunta Regionale

*Domanda per la richiesta di contributi L. n. 13/1989
Da inviare tramite PEC o Raccomandata
FASE DOMANDA*

Indirizzo PEC comune

Modello A – DOMANDA DI CONTRIBUTO

 AREA SERVIZI SOCIALI E SCOLASTICI SERVIZIO PER L'ACCOGLIENZA, L'INCLUSIONE E L'EMERGENZA CITTÀ DI FOLIGNO - Piazza della Repubblica 10 - 06034 Foligno (Pg) Posta certificata: comune.foligno@postacert.umbria.it	Incollare Marca da bollo € 16 come legge vigente Se la domanda è inoltrata per PEC allegare ricevuta pagamento con modello F24 causale 2501
--	--

AL Sig. SINDACO DEL COMUNE DI FOLIGNO
Piazza della Repubblica, 10
CAP 06034 Città Foligno

E pc: All'Ufficio Comunale Responsabile:
Servizio per l'Accoglienza, l'Inclusione e l'Emergenza

Oggetto: DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER IL SUPERAMENTO E
L'ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE NEGLI EDIFICI
PRIVATI DI RESIDENZA (*Legge n. 13 del 09/01/1989 e ss.mm.ii. e D.P.R. n.
380/2001 – Capo III*)

La domanda può essere presentata esclusivamente dalla persona con disabilità o in alternativa dal responsabile genitoriale del minore o dal tutore o dall'amministratore di sostegno.

Tutte le dichiarazioni in essa contenute hanno valore di Dichiarazione Sostitutive di Atto di Notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000. Tutti i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov. (____) il _____

codice fiscale _____

residente in _____ Prov. (____)

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Recapiti/contatti di riferimento:

Tel/cell _____

Mail _____ Pec _____

avente diritto al contributo, in qualità di (scegliere fra le due opzioni)

☐ PERSONA CON DISABILITÀ

oppure

☐ IN NOME E PER CONTO della sotto indicata persona con disabilità (avente diritto al contributo):

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov. (____) il _____

codice fiscale _____

residente in _____ Prov. (____).

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

IN QUALITÀ DI (scegliere una delle tre opzioni):

☐ responsabile genitoriale del minore esercente la potestà

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno ai sensi del n Decreto del Giudice Tutelare n. _____

del _____ (ai sensi dell'art. 404 e ss.ii.mm. del Codice Civile);

consapevole delle sanzioni e della decadenza dei benefici previsti dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false

CHIEDE

Il **contributo**⁽¹⁾ previsto dalla [Legge n.13/1989](#) **relativamente all'immobile**⁽²⁾

sito a _____ CAP _____

in via _____ n° _____ piano _____ int. _____

Foglio catastale n. _____ Particella n. _____ sub _____

DICHIARA che:

1) la tipologia del suddetto immobile risulta essere (scegliere fra le due opzioni):

☐ unità abitativa unifamiliare

oppure

☐ immobile facente parte di un condominio di n. _____ appartamenti di cui amministratore

protempore risulta essere il sig. _____

Tel/cell _____ e-mail _____
con sede amministrativa a _____ CAP _____
in via _____ n° _____

2) l'edificio (a cui appartiene l'unità immobiliare) risulta (scegliere fra le tre opzioni):

☐ precedente alla data dell'11 agosto 1989

oppure

☐ precedente alla data dell'11 agosto 1989 ma che è stato sottoposto a ristrutturazione edilizia completa successivamente alla suddetta data con progetto presentato in comune in data _____ con prot. _____ per la quale ha usufruito del bonus

oppure

☐ successivo alla data dell'11 agosto 1989

3) l'Immobile è occupato dalla persona con disabilità avente titolo di (scegliere fra le tre opzioni):

☐ proprietario

oppure

☐ inquilino

oppure

☐ altro ⁽³⁾ _____ dell'immobile di proprietà di

codice fiscale _____

4) la persona con disabilità risulta essere (scegliere fra le due opzioni):

☐ residente nell'immobile/unità abitativa

oppure

☐ avente effettiva e stabile dimora e vi trasferirà la residenza anagrafica (*in tal caso il Comune erogherà il contributo dopo attestazione di cambio di residenza*) entro 6 mesi dalla Fine dei lavori⁽⁴⁾

DICHIARA inoltre

5) di prevedere una spesa complessiva di € _____ (IVA Inclusa e eventuali spese tecniche massimo del 7% calcolato sull'importo netto dei lavori fatturati) **per la realizzazione della seguente opera o di più opere funzionalmente connesse** ⁽⁵⁾, da realizzarsi nell'immobile sopra indicato (*ai sensi del DM LL.PP. 236/1989: prescrizioni tecniche necessarie a*

garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche), al fine di rimuovere una o più barriere architettoniche che creano difficoltà:

A ☐ di accesso (*accessibilità*) all'immobile o alla singola unità immobiliare:

- ☐ Rampa di accesso;
- ☐ Servo scala;
- ☐ Piattaforma o elevatore;
- ☐ Ascensore
 - ☐ installazione
 - ☐ adeguamento
- ☐ Ampliamento porte di ingresso;
- ☐ Adeguamento percorsi orizzontali condominiali;
- ☐ Installazione dispositivi di segnalazione per favorire la mobilità dei non vedenti all'interno degli edifici;
- ☐ Installazione meccanismi di apertura e chiusura porte;
- ☐ Acquisto bene mobile non elettrico idoneo al raggiungimento del medesimo fine, essendo l'opera non realizzabile per impedimenti materiali/giuridici;
- ☐ Altro⁽⁶⁾ _____;

B ☐ di visitabilità e utilizzabilità dell'alloggio:

- ☐ Adeguamento spazi interni all'alloggio (bagno, cucina, camere, ecc.);
- ☐ Adeguamento percorsi orizzontali e verticali interni all'alloggio;
- ☐ Altro⁽⁶⁾ _____;

Si riporta una sintesi descrittiva delle barriere architettoniche esistenti nell'immobile e degli interventi, distinguendo le barriere e gli interventi che riguardano l'immobile (edificio) dalle barriere e modifiche interne all'unità immobiliare:

- Nell'immobile per il quale si chiede il contributo esistono le seguenti barriere architettoniche:

- Che comportano le seguenti difficoltà:

-
- Per questo si prevede di realizzare le seguenti opere, al fine di rimuovere gli ostacoli:
-
-
-
-

6) che per le suddette opere è necessario presentare in comune titolo abilitativo:

☐ NO ☐ SI

Se SI, indicare il titolo abilitativo ai sensi del DPR 380/2001 (Testo unico edilizia):

7) che le opere non sono state già realizzate né sono in corso di esecuzione (**la data di presentazione della domanda di contributo deve essere precedente all'inizio dei lavori⁽⁷⁾**)

8) che per le medesime opere sono stati chiesti o concessi altri contributi per un importo complessivo pari a € _____ da parte di (*indicare l'ente a cui è stato chiesto o che ha erogato il contributo*) _____;

9) che le opere da realizzare sono state approvate in sede di assemblea condominiale (*in caso di condominio*) con verbale di assemblea del _____;

10) che l'eventuale contributo assegnato dovrà essere erogato a (scegliere fra le varie opzioni):

☐ al sottoscritto avente diritto in qualità di persona con disabilità e soggetto onerato dalla spesa

oppure

☐ all'esercente la responsabilità genitoriale del minore o in qualità di tutore o di amministratore di sostegno

☐ al proprietario

☐ all'amministratore del condominio

☐ al responsabile del centro o istituto residenziale

☐ soggetto onerato della spesa, che sottoscrive la presente per conferma e adesione:

sig./sig.ra:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ Prov. (_____) CAP _____

in Via/Piazza _____ n° _____

Tel/Cell _____ e-mail _____

ALLEGA COME PARTE SOSTANZIALE DELLA DOMANDA (4 Allegati):

1. **Copia di documento d'identità** in corso di validità del Richiedente e/o persona con disabilità;
2. **Preventivo dettagliato di spesa** contenente la descrizione delle opere di abbattimento barriere architettoniche (IVA inclusa). Nel caso di interventi che necessitano di titolo abilitativo citare o allegare in copia il titolo abilitativo o la richiesta;
3. **Certificato medico** in carta libera attestante le condizioni di disabilità
 - a. Il certificato può essere redatto e sottoscritto dal medico (*preferibilmente medico di famiglia*).
 - b. deve attestare l'invalidità del richiedente, precisando da quali patologie dipende e quali obiettive difficoltà alla mobilità ne discendano, con specificazione, ove occorre, che l'invalidità si concreta in una menomazione o limitazione funzionale permanente. Le difficoltà sono definite in astratto e non necessariamente con riferimento all'immobile ove risiede il richiedente.
 - c. Nel certificato deve essere riportato il numero e la data del Certificato ASL attestante l'invalidità totale con difficoltà di deambulazione (*NON ALLEGARE TALE CERTIFICATO*) oppure numero e data del Protocollo della domanda di accertamenti di invalidità alla ASL (in questo caso, in fase di richiesta di liquidazione del contributo, dovrà essere inviato nuovo certificato del medico di famiglia che attesti l'invalidità permanente e il n. del relativo certificato rilasciato dalla ASL);
 - d. Il certificato viene richiesto anche ai sensi dell'art. 81 del D.P.R. 380/2001.
4. **Modalità di pagamento del contributo** da parte del soggetto onerato dalla spesa, come indicato al precedente punto 10 (*come da modello ALLEGATO 2*);

INOLTRE ALLEGA (SE NECESSARIO)

5. ☐ Fotocopia del verbale di assemblea di condominio (*da allegare solo nel caso in cui le barriere da eliminare riguardino parti comuni del condominio*);
6. ☐ Benestare del proprietario dell'immobile in carta semplice (*da allegare solo in caso di alloggio occupato in qualità di affittuario o altro*);

7. ☐ Altro _____

Luogo _____, Data _____

Il Dichiarante

(il Soggetto richiedente il contributo)

Il Soggetto onerato della spesa

(se diverso dal dichiarante)

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti saranno utilizzati da questa amministrazione esclusivamente per le finalità istituzionali ai sensi del **Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679** ([General Data Protection Regulation](#)/GDPR) e del **D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196** ([Codice della Privacy](#))