

ATTENZIONE: L'ISEE in certi casi va integrato con una "componente aggiuntiva". Ad esempio, in caso di ricovero presso residenze socio-sanitarie, la componente aggiuntiva viene richiesta al figlio non convivente del ricoverato, mentre quando si richiede una prestazione per un figlio che vive con un solo genitore, la componente aggiuntiva viene richiesta all'altro genitore non coniugato e non convivente con il primo. Se la persona a cui è richiesta la componente aggiuntiva possiede una DSU in corso di validità, non è necessario compilare questo foglio (vedi istruzioni). La compilazione è a cura della persona a cui è richiesta la componente aggiuntiva, che sottoscriverà la dichiarazione nello spazio destinato alla sottoscrizione della DSU.

Io sottoscritto _____ ai sensi degli artt. 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, dichiaro quanto segue:

QUADRO FC9 CALCOLO COMPONENTE AGGIUNTIVA Sez. I – Beneficiario della prestazione per cui si calcola la componente aggiuntiva	BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE Indicare il beneficiario della prestazione per la quale è necessario il calcolo della "componente aggiuntiva. Ad esempio, in caso di prestazione per minorenni o studenti universitari, il genitore non convivente deve qui indicare il figlio (se i figli sono più di uno nel medesimo nucleo, è sufficiente indicarne uno); in caso di ricovero presso RSA o altra residenza socio-sanitaria, il figlio non convivente deve qui indicare il genitore ricoverato. Se è già stata presentata una DSU dal beneficiario o dal suo nucleo, indicarne gli estremi.
	Codice fiscale del beneficiario _____ Estremi della DSU presentata dal beneficiario o dal suo nucleo _____ Prot. n. _____
Sez. II – Nucleo familiare di chi calcola la componente aggiuntiva Il nucleo familiare di cui si raccolgono le informazioni in questo quadro è quello della persona a cui è richiesto di calcolare la "componente aggiuntiva". Ad esempio, in caso di prestazione per minorenni o studenti universitari, il genitore non convivente deve qui indicare le informazioni sul proprio nucleo familiare e non sul figlio non convivente; allo stesso modo, in caso di ricovero presso RSA o altra residenza socio-sanitaria, il figlio non convivente deve qui indicare le informazioni sul proprio nucleo familiare e non quelle sul genitore ricoverato. Consultare le istruzioni per le regole di composizione del nucleo familiare. Il nucleo familiare è comunque quello alla data di presentazione della DSU	NUMERO COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE ____
	NUCLEI FAMILIARI CON FIGLI MINORENNI BARRARE LA CASELLA: <input type="checkbox"/> NEL NUCLEO FAMILIARE, IN PRESENZA DI FIGLI MINORENNI, ENTRAMBI I GENITORI, O L'UNICO GENITORE PRESENTE, HANNO SVOLTO ATTIVITÀ DI LAVORO O DI IMPRESA PER ALMENO SEI MESI NELL'ANNO DI RIFERIMENTO DEI REDDITI DICHIARATI (ES. NEL 2020 L'ANNO DI RIFERIMENTO È IL 2018) <input type="checkbox"/> IL NUCLEO FAMILIARE È COMPOSTO ESCLUSIVAMENTE DA GENITORE SOLO CON I SUOI FIGLI MINORENNI (NEL CASO DI GENITORI NON CONVIVENTI E NON CONIUGATI TRA LORO, VEDI ISTRUZIONI) <input type="checkbox"/> NEL NUCLEO FAMILIARE È PRESENTE ALMENO UN MINORENNE DI ETÀ INFERIORE A TRE ANNI COMPIUTI
	NUCLEI FAMILIARI CON ALMENO TRE FIGLI Indicare il numero di figli (anche maggiorenni) degli stessi genitori, ovvero di uno stesso componente o del suo coniuge, appartenenti al nucleo familiare: N. FIGLI ____ DI CUI CONVIVENTI ____
	NUCLEI FAMILIARI CON PERSONE RICOVERATE O IN CONVIVENZA ANAGRAFICA <input type="checkbox"/> APPARTENENZA AL NUCLEO DI UN COMPONENTE BENEFICIARIO DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI A CICLO CONTINUATIVO (ad es.: ricovero presso RSSA, RSA, residenze protette, ecc.). Se più di uno, indicare il numero ____ <input type="checkbox"/> APPARTENENZA AL NUCLEO DI UN COMPONENTE IN CONVIVENZA ANAGRAFICA (PERSONE COABITANTI PER MOTIVI RELIGIOSI, DI CURA, DI ASSISTENZA, MILITARI, DI PENA, E SIMILI) CHE NON FACCIA NUCLEO A SÉ. Se più di uno, indicare il numero ____
	NUCLEI FAMILIARI CON PERSONE CON DISABILITÀ E/O NON AUTOSUFFICIENTI Indicare il numero di componenti nella condizione seguente (vedi istruzioni): <input type="checkbox"/> DISABILITÀ MEDIA, n. ____ <input type="checkbox"/> DISABILITÀ GRAVE, n. ____ <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA, n. ____
Sez. III – Casa di abitazione	CASA DI ABITAZIONE VIA _____ N. ____ CAP _____ COMUNE _____ PR. _____
	<input type="checkbox"/> DI PROPRIETÀ <input type="checkbox"/> IN LOCAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (ES. COMODATO GRATUITO)
	CONTRATTO DI LOCAZIONE Compilare solo se la casa di abitazione è in locazione e l'intestatario del contratto di locazione appartiene al nucleo familiare. Codice fiscale dell'intestatario o degli intestatari del contratto
	1 _____
	2 _____
	Estremi di registrazione del contratto di locazione: _____ Canone annuale della locazione, previsto dal contratto: _____ DATA _____ SERIE _____ NUMERO _____ / _____ COD. UFF. _____ € _____