



COMUNE DI SAPONARA (Me)

MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO - ASSISTENZIALE DA COVID-19

**DELIBERAZIONE DEL COMITATO DEI SINDACI N. 2 DELL'8.04.2020 -
RIMODULAZIONE FONDI PIANI DI ZONA 2010-2012, 2013-2015 E
IMPLEMENTAZIONE PAO 2013/2015 CUP I39D20000320001**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA MUNICIPALE N. 111/2020
DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE AREA ACSR N. 693/2020

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE
BUONI SPESA, E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI
NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

AI COMUNE di SAPONARA
Servizi Sociali

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (), il _____,
residente a _____, Via _____, Codice Fiscale
_____, Tel/Cell _____, e-mail _____, PEC
_____), **nella qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio**

nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali,

DICHIARA

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del Comune di **SAPONARA**, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente:

- di essere residente nel Comune di _____;
- di :(indicare altro eventuale)

A	<input type="checkbox"/>	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
B	<input type="checkbox"/>	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
C	<input type="checkbox"/>	(in alternativa al punto B) essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € _____;

AVVERTENZE:

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, superano i seguenti parametri economici:

- 300,00 € per un nucleo composto da una sola persona;
- 400,00 € per un nucleo composto da due persone;
- 600,00 € per un nucleo composto da tre persone;
- 700,00 € per un nucleo composto da quattro persone;
- 800,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone.

Le risorse sono destinate "prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito dei cittadinanza", di cui alle precedenti lettere A e B.

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

N	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

tra i componenti del nucleo familiare, individua quelli indicati ai precedenti punti n. quali soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere a cura dell'Amministrazione Regionale.

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d'ora comunque,

CHIEDE

l'erogazione di **BUONI SPESA** per l'acquisto di

BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE, UTENZE IVI INCLUSE LE BOMBOLE DEL GAS)

come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo di tali buoni per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza dal diritto ad ulteriori buoni spesa.

DICHIARA

- di assumere l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.
- di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.
- di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti.
- di essere informato, ai sensi e per effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Tutela della Privacy.
- di autorizzare il Comune di SAPONARA al trattamento dei dati personali e sanitari conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste;
- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e sanitari;

L'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari è obbligatoria per il conseguimento dell'intervento richiesto.

Saponara,

FIRMA

.....

E' NECESSARIO CONSEGNARE/ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE.

**INFORMAZIONI DETTAGLIATE ALLEGATE ALL' Istanza
DI INTERVENTO SOCIO ASSISTENZIALE
ACCESSO A BUONI SPESA PER STATO DI NECESSITA'
per emergenza epidemiologica Covid 19**

NOME _____ COGNOME _____

RESIDENZA IN VIA _____ TELEFONO _____

1. NEL NUCLEO FAMILIARE:

a). sono presenti componenti con disabilità o in situazione di non autosufficienza?

SI ETA' _____

NO

b) sono presenti minori di tre anni?

SI numero: _____

NO

c). sono presenti soggetti per i quali è prescritto obbligo di diete alimentari particolari?

SI

NO

2. IL RICHIEDENTE È GIÀ CONOSCIUTO/IN CARICO AL "SERVIZIO SOCIALE E/O ALTRI ENTI ASSISTENZIALI" ?

SI – con le seguenti modalità:

 NO

3. LA SITUAZIONE ABITATIVA È, CON RIFERIMENTO ALL'ANNO IN CORSO, LA SEGUENTE:

abitazione di proprietà

di pagare una rata mensile di mutuo pari a euro _____

abitazione in locazione:

Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (ERP) e di pagare un canone mensile di euro _____

Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euro _____

Di abitare in un alloggio in comodato d'uso;

4. IL RICHIEDENTE O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO SONO ATTUALMENTE BENEFICIARI DI "CONTRIBUTI ECONOMICI"

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> · Reddito di cittadinanza: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI € _____ |
| <input type="checkbox"/> · Naspi (indennità mensile di disoccupazione): | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI € _____ |
| <input type="checkbox"/> · Indennità di Mobilità: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI € _____ |
| <input type="checkbox"/> · Cassa integrazione: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI € _____ |
| <input type="checkbox"/> · Pensione: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI € _____ |
| <input type="checkbox"/> · Pensione di invalidità: | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI € _____ |
| <input type="checkbox"/> · Bonus € 600,00: | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> · Contributi erogati dal Comune a qualsiasi titolo: | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| <input type="checkbox"/> · Altro (specificare): _____ | | |

5. IL RICHIEDENTE RICEVE AIUTI DA "ALTRI ENTI/ASSOCIAZIONI"

- SI - specificare quali _____
- NO

6. IL RICHIEDENTE SVOLGEVA ATTIVITÀ OCCASIONALI

- SI - Fino al _____ con la mansione di _____
- NO

7. ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO SVOLGEVANO LAVORI OCCASIONALI

- SI - Fino al _____ con la mansione di _____
- NO

8. LA SITUAZIONE LAVORATIVA/REDDITUALE È LA SEGUENTE:

- Occupato in qualità di _____ presso la Ditta _____
- Occupato in qualità di libero professionista/lavoro autonomo: _____
- di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa emergenza sanitaria da coronavirus (rientra anche la sospensione dei tirocini formativi);
- di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus
- di essere inoccupato dal _____
- di essere disoccupato dal _____

di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile pari ad €: _____

Di essere in cassa integrazione a causa dell'emergenza COVID-19 e di percepire un importo mensile di € _____

di possedere un patrimonio mobiliare (conto corrente, fondi, azioni ecc.,) di euro _____ circa;

di percepire un assegno mensile di mantenimento(separazione) pari a € _____;

- Il richiedente o altri membri del nucleo sono titolari di disponibilità liquide bancarie/postali, depositi o titoli facilmente disinvestibili alla data di presentazione di questa richiesta, inferiori a € 3.000,00

SI

NO

Saponara, _____

Firma del Richiedente
