



# 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)

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
<b>B</b>	<input type="checkbox"/>	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Nاسpi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
<b>C</b>	<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 cittadini", 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

\_\_\_\_\_