



COMUNE DI SAPONARA

EMERGENZA COVID – 19: MISURE DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CUP I39D20000320001

CONTRIBUTO PER IL PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE

ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER IL PAGAMENTO DEL CANONE DI LOCAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

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

Al Comune di Saponara
UFFICIO DEI SERVIZI
SOCIALI

Il sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____, residente a _____, Via _____
_____, Codice Fiscale _____, Tel/Cell _____
(email _____), intestatario
del contratto di locazione, o nella qualità di _____ (indicare il grado di parentela
con l'intestatario del contratto di locazione) componente del nucleo familiare

CHIEDE

Un contributo finanziario connesso agli oneri derivanti dal canone di locazione dell'abitazione di residenza come previsto dalla delibera della Giunta Comunale di Saponara n. 111 del 4/09/2020.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- Di essere residente nel Comune di Saponara.
- Che l'abitazione di residenza per cui si richiede il contributo di locazione si trova nel territorio del Comune di Saponara.
- Che il contratto di locazione è stato stipulato e registrato prima del giorno 23 febbraio 2020.
- Che in atto il nucleo familiare non percepisce alcun reddito;
- Di trovarsi in una condizione di disagio economico derivante dall'emergenza COVID – 19

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, di cui alla presente istanza relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19;

Dichiara inoltre, per se e per il nucleo familiare, contrassegnando le lettere d'interesse dell'elenco seguente, che :

A) nessun componente del nucleo familiare percepisce reddito da lavoro, rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere, e non possiede depositi bancari sufficienti a sostenere le spese per il canone di locazione nonché le spese necessarie per il mantenimento familiare, e in ogni caso si trova nelle condizioni di accedere a condizioni agevolate alle prestazioni sociali;

B) non risulta destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico a qualsiasi titolo e comunque denominata (a titolo indicativo ma non esaustivo: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, una tantum titolari di partita iva etc.) comunque accertata dal servizio sociale professionale del Comune di Saponara.

C) il nucleo familiare è destinatario di forme di sostegno pubblico a qualsiasi titolo e comunque denominato _____ (indicare la forma del sostegno pubblico) per un importo di € _____, e/o di buoni spesa/voucher erogati per emergenza COVID-19, per un importo di € _____. (il punto C è alternativo al punto B)

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 di cittadinanza”, di cui alle precedenti lettere A e B.

Che il nucleo familiare del richiedente è composto :

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Il sottoscritto dichiara che il proprietario dell'immobile in cui risiede è il signor _____

nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ codice fiscale _____

tel. _____

IBAN _____

Il dichiarante assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Allega all'istanza:

- documento di identità in corso di validità.

Per i dichiaranti è obbligo, pena esclusione, allegare il contratto di locazione registrato completo in tutte le sue parti.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Saponara _____

FIRMA

A PENA DI INAMMISSIBILITA' ,E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

**MODULO INFORMAZIONI DETTAGLIATE ALLEGATE
ALL' Istanza di intervento socio assistenziale
CONTRIBUTO PER CANONE DI LOCAZIONE
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"/> · Naspl (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
