



COMUNE DI SAPONARA (Me)

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

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 26 MESSINA - 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

ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE PER CONTRIBUTO UTENZE DOMESTICHE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

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/voucher 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

di poter beneficiare di **contributi a sostegno del pagamento delle utenze domestiche** a seguito di emergenza epidemiologica covid-19.

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
CONTRIBUTI UTENZE DOMESTICHE 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
