

OGGETTO: Fondo Emergenza COVID-19 Distretto Socio-Sanitario D26 – Erogazione Buoni spesa e Contributo affitti e utenze.

DOMANDA/AUTODICHIARAZIONE
ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000

Il/la sottoscritt _____

Nat_ a _____ il _____

Residente a Itala (ME) in Via _____

C.F. _____ telefono _____

CHIEDE

Di aver accesso ai benefici di cui al Fondo Emergenza COVID-19 del Distretto Socio-Sanitario D26, in favore di nuclei familiari che si trovano in grave difficoltà derivante dagli effetti dell'emergenza epidemiologica in corso, come segue:

Segnare con una X le caselle interessate tenendo conto che è possibile richiedere

1. solo buoni spesa; 2. Solo affitti; 3. Solo utenze; 4. Affitti e utenze

1	Buoni spesa per l'acquisto di prodotti alimentari, igiene della persona, igiene della casa, bombole del gas, prodotti sanitari da banco
2	Contributi spese affitti
3	Contributi spese utenze (bollette luce, acqua)

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di fatti falsi, punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000):

DICHIARA

Segnare con una X le caselle interessate

1	Di essere residente nel Comune di Itala
2	Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori

3	Che nel proprio nucleo familiare sono presenti familiari con disabilità
4	<p>Che il proprio nucleo familiare è composto (compreso il richiedente) da:</p> <p>1. Nome e Cognome (richiedente) _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____</p> <p>2. Nome e Cognome (componente) _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____</p> <p>3. Nome e Cognome (componente) _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____</p> <p>4. Nome e Cognome (componente) _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____</p> <p>5. Nome e Cognome (componente) _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____</p> <p>6. Nome e Cognome (componente) _____ Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____</p>
5	Che il proprio nucleo familiare è seguito dall'Ufficio Servizi Sociali
6	Di non percepire al momento alcun reddito né alcuna forma di sostegno alternativamente e/o suppletiva
7	<p>Di percepire un reddito (pensione, sostegno statale Reddito di Cittadinanza RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, etc.): indicare</p> <p>- La fonte di reddito _____</p> <p>- Importo mensile del reddito _____</p>
8	<p>Di trovarsi in stato di bisogno per gli effetti economici negativi prodotti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 per le seguenti motivazioni:</p> <p>è dipendente della ditta _____ e non presta attività lavorativa dal _____ a causa della chiusura della Ditta per emergenza Covid-19;</p> <p>è titolare della ditta _____ che non svolge più attività dal _____ a seguito delle restrizioni imposte dai Decreti Legge e D.P.C.M. adottati per emergenza Covid-19</p>
9	<p>Ulteriori informazioni del nucleo ritenute utili per la valutazione della propria domanda:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Dichiara, inoltre, che il proprio nucleo si trova in una delle seguenti priorità:

Segnare con una X le caselle interessate

1	<p>NUCLEO FAMILIARE NON E' ASSEGNATARIO DI SOSTEGNO PUBBLICO</p> <p>I componenti del nucleo non usufruiscono di prestazioni assistenziali, (RdC, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, etc), oppure che usufruiscono di prestazioni non significative dal punto di vista del reddito</p>
2	<p>NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO</p> <p>Il titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito ai sensi del DL 18/2020 e ss.ii. o il datore di lavoro abbia sospeso o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore</p>
3	<p>NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO</p> <p>Il titolare ha sospeso o chiuso o ridotto attività in base ai suddetti DPCM e che non hanno liquidità per il proprio sostentamento</p>
4	<p>NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO CON LAVORI INTERMITTENTI</p> <p>Tutti quei soggetti, che non riescono, in questa fase dell'emergenza COVID -19, ad acquistare beni alimentari e di prima necessità</p>

Dichiara, infine, che per l'accredito delle somme relative al contributo affitti/utenze il codice IBAN è il seguente.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(inserire un numero o lettera per casella)

- Di essere consapevole e di accettare che i buoni spesa potranno essere utilizzati solo ed esclusivamente per l'acquisto di prodotti alimentari, igiene della persona, igiene della casa, bombole del gas, prodotti sanitari da banco presso gli esercizi convenzionati;
- Di impegnarsi a seguire le istruzioni che verranno impartite dai servizi sociali comunali per la trasmissione della presente richiesta e il ritiro/consegna dei buoni spesa;
- Di impegnarsi entro 10 giorni dal ricevimento del contributo affitti e/o utenze a trasmettere all'ufficio Servizi Sociali del Comune di Itala, la copia della ricevuta di pagamento del canone di locazione rilasciata dal proprietario di casa e/o copia delle ricevute delle bollette pagate.
- Di essere consapevole che in caso di mancata trasmissione delle ricevute di cui sopra comporterà l'esclusione del beneficiario e dei componenti del suo nucleo familiare da ogni tipo di contributo erogato da questo Ente.

Allega alla presente:

- documento di riconoscimento in corso di validità.
- Copia del contratto di locazione (regolarmente registrato)
- Copia delle utenze da pagare
- eventuale nota di licenziamento ecc.

ITALIA,

Il/la Dichiarante

I/la sottoscritt_____, _____ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs . n.196/03, esclusivamente nell'ambito dell'attivazione del servizio in oggetto.

ITALIA,

Il/La Dichiarante