



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**

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

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

AI COMUNE di BROLO

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, residente a Brolo 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 04/05/2020 del Comune di Brolo, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Brolo ;
- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto)*

A	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
B	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	<i>(in alternativa al punto B)</i> 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 € _____ <i>specificare l'importo</i>);

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 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					
...					

- 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 successivamente 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/VOUCHER** per l'acquisto di

BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, 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.

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.

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

Brolo,

FIRMA

.....

A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN 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

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:

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

O 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”

☐ · Reddito di cittadinanza: ☐ NO ☐ SI € _____

☐ · Naspi (indennità mensile di disoccupazione): ☐ NO ☐ SI € _____

☐ · Indennità di Mobilità: ☐ NO ☐ SI € _____

☐ · Cassa integrazione: ☐ NO ☐ SI € _____

☐ · Pensione (vecchiaia,anzianità,reversibilità,ecc.) ☐ NO ☐ SI € _____

☐ · Pensione di invalidità: ☐ NO ☐ SI € _____

☐ · Bonus € 600,00: ☐ NO ☐ SI

☐ · 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:

O SI

O NO

Brolo lì

Firma del Richiedente
