   

**MISUREDISOSTEGNOALL’EMERGENZASOCIO-ASSISTENZIALEDACOVID-19AISENSIDELL’ART.9,COMMA2,DELLAL.R.12MAGGIO2020,N.9,**

**EDELLADELIBERADIGIUNTAREGIONALEN.574DEL15/12/2020,AVALEREDELPOCSICILIA2014/2020**

ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALEEDICHIARAZIONESOSTITUTIVADIATTODINOTORIETA’

*(art.47delD.P.R.445/2000)*

Al COMUNEdiFICARRA

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 dellesanzionipenalirichiamatedall'art.76delD.P.R.445/2000incasodidichiarazionimendaciedelladecadenza dei benefici eventualmente conseguential provvedimento emanato sulla base di dichiarazioninon 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 in attuazione dell’art. 9, comma 2, dellaLegge Regionale 12/05/2020, n. 9, per quanto previsto dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 124 del28/03/2020, n. 135 del 07/04/2020, n. 148 del 17/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129dell’01/02/2021del Dipartimento reg.ledellaFamigliae delle PoliticheSociali,

DICHIARA

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventidiritto secondo quanto previsto nell’Avviso del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Comune di FICARRA, relativo alle misure di sostegno perl’emergenza socio-assistenzialedaCOVID-19,eprecisamente di:

* essereresidente nelComunediFICARRA*;*
* *(contrassegnarelelettered’interessenelseguenteprospetto)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | nonpercepirealcunredditodalavoro,nédarenditefinanziarieoproventimonetariacaratterecontinuativo dialcungenere; |
|  | non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunquedenominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG,pensione,ecc.); |
|  | *(inalternativaalpuntoB)*esseredestinatarioavaleresuprecedentiformedisostegnopubblico,aqualsiasititoloecomunquedenominato,ovverodibuonispesa/vouchererogatiadaltrotitolo peremergenzaCOVID-19,per un importoparia€.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(specificarel’importo relativo all’intero Nucleo Familiare )*; - **Reddito riferito al mese precedente ………………………..;** |

**A**

**B**

**C**

AVVERTENZE:

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, aqualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo peremergenza COVID-19,superanoi seguentiparametrieconomici:

* 300,00€perunnucleocompostodaunasolapersona;
* 400,00€perunnucleocompostodaduepersone;
* 600,00€perunnucleocompostodatrepersone;
* 700,00€perunnucleocompostodaquattropersone;
* 800,00€perunnucleocompostodacinqueopiùpersone.

Le risorse sono destinate “prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma diredditooalcunaaltraformadiassistenzaeconomicadapartedelloStato,compresiammortizzatorisociali e redditodicittadinanza”,di cuialle precedentilettereA eB.

Sono da escludersi dal calcolo dei valori economici previsti dalle precedenti lett. a), b), c) i trattamenti assistenziali percepiti dalle persone portatori di disabilità, quale ad es. l’indennità di accompagnamento.

Ledichiarazioni rese dall’intestatario della scheda anagrafica del nucleo familiare, a nome proprio e di ciascuno dei componenti del proprio nucleo familiare, rispetto alle lett. a), b) e c), sono da intendersi in relazione ai requisiti posseduti alla data di presentazione dell’istanza.

* che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito e che i componenti (compreso il dichiarante) sono destinatari a valere su precedente forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, e di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, come accanto a ciascuno segnato(\*\*):

| N. | Cognome e nome | Codice fiscale | Luogo e data di nascita | Residenza | Parentela | Tipologia di beneficio | Importo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

* (\*\*) Nel caso in cui il componente nucleo familiare non ha percepito alcun beneficio: inserire la dicitura **“nessuno”** nella colonna *tipologia di beneficio* e il valore **“0”** nella colonna *importo*.
* traicomponentidelnucleofamiliare,individuaquelliindicatiaiprecedentipuntin.………………………..

qualisoggettidacoinvolgerenellemisuredellepoliticheattivedellavorodaintraprenderesuccessivamente a curadell’Amministrazione Regionale.

Consapevolechelapresenteistanzanoncostituiscedirittoall’ottenimentodeibenirichiestiqualesostegnoperlostatoemergenziale attuale,find’oracomunque,

CHIEDE

*(contrassegnareunaopiùlettered’interessenelseguenteprospetto)*

l'assegnazionedi**BUONISPESA/VOUCHERPERACQUISTODIBENIEPRODOTTIDIPRIMA**

**NECESSITA’**dicuialseguenteelenco:

**alimenti,prodottifarmaceutici,prodottiperl'igienepersonaleedomestica,bomboledelgas,dispositividiprotezioneindividuale,pastipronti**

**a)**

il **PAGAMENTOINFORMADIRETTA**daeffettuarsidapartedegliUfficiComunali di:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **utenzedomestichediluceegas(\*)** |
|  | **canonidilocazionediprimaabitazione,limitatamenteallesuperficiabitative** |

**b)**

**c)**

(\*) Allegare Fatture utenze

come previsto dal citato art. 9, comma 2, della Legge Regionale 12/05/2020, n. 9, dalle Deliberazioni dellaGiuntaRegionalen.124del28/03/2020,n.135del07/04/2020,n.148del17/04/2020en.574del15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129 dell’01/02/2021 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle PoliticheSociali, consapevole che l’utilizzo dei buoni spesa/voucher per acquisti non conformi alle misure di sostegnoemergenzialicomporterà ladecadenza daldirittoadulterioribuoni spesa.

Il dichiarante assume l’obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta alComune inindirizzo,ovveroadaltroComune.

Il dichiarante assume l’obbligo di comunicare ogni eventuale modifica, peggiorativa o migliorativa, che

interverrà relativamente al possesso dei requisiti prima dichiarati.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alleAmministrazione competenti perlaverificadelle autocertificazioni.

**Ficarra,lì …………………………….**

**FIRMA**

**………………………………….**

*APENADIINAMMISSIBILITA’,E’NECESSARIOALLEGARELAFOTOCOPIADIUNDOCUMENTODIIDENTITÀINCORSODI VALIDITÀ DELDICHIARANTE*