



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, N. 135 DEL 7.4.2020 E N. 148 DEL 17/04/2020

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

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

AL COMUNE DI ISPICA

Il sottoscritto/a _____, nato/a a [_____], il _____, residente a _____, Via [_____], Codice Fiscale _____, Tel/Cell: _____, (e-mail _____), P E C _____, 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 es.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 ____ AGOSTO 2020 del Comune di ISPICA relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di [_____];

ovvero essere cittadino straniero, regolarmente soggiornanti, senza alcuna distinzione basata sulla tipologia del permesso né della scadenza tenuto conto che ai sensi del DL 108/2020 sono stati tutti prorogati fino al 15.6.2020 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità, Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione della discriminazione fondate sulla razza o sull'origine etnica) **ovvero** essere straniero privo di titolo di soggiorno e/o non iscritto alla anagrafe purché domiciliato di fatto nel Comune (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità, Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione della discriminazione fondate sulla razza o sull'origine etnica)

- (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., fatti eventualmente salvi i trattamenti assistenziali percepiti dai soggetti portatori di disabilità, quali ad esempio l' indennità di accompagnamento);
C	(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 € _____ (specificare l'importo);

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 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

- a) 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; DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE; PASTI PRONTI; UTENZE DOMESTICHE DI LUCE E GAS; CANONI DI LOCAZIONE DI PRIMA ABITAZIONE LIMITATAMENTE ALLE SUPERFICI ABITATIVE**)

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 Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Il dichiarante si impegna di comunicare al Comune di ISPICA ogni modifica intervenuta in ordine al possesso dei requisiti successivamente alla presentazione della istanza.

Luogo e data,

FIRMA

.....

A PENA DI INAMMISSIBILITA' E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' INCORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE