****

**Comune di Ragalna**

**Città Metropolitana di Catania**

|  |
| --- |
| **MISURE DI SOSTEGNO ALL’EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19 AI SENSI DEL DECRETO LEGGE**  **23 NOVEMBRE 2020, N. 154**  **DOMANDA PER EROGAZIONE BUONI /SPESA** |

**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 RAGALNA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a Ragalna, 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 dal Decreto Legge 23 Novembre 2020, n. 154

**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 … del Comune di Ragalna, relativo alle misure di sostegno per l’emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e in riferimento alle condizioni economiche relative al mese di **GENNAIO** precisamente di:

* Essere residente nel Comune di Ragalna;
* *(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** |  | *(In alternativa al punto B) essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero*   * *Reddito di cittadinanza intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ultimo importo percepito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;* * Naspi intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ultimo importo percepito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * Indennità di mobilità intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ultimo importo percepito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   * Disoccupazione intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ultimo importo percepito il   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   * Pensione intestata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ultimo importo percepito il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * Hanno fatto domanda di cassa integrazione ordinaria o in deroga :  1. Non ancora percepita 2. Percepita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per un importo pari a €  * Altro |

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:

• 150,00 € per un nucleo composto da una persona con reddito fino a € 400,00 ;

• 200,00 € per un nucleo composto da due persone con reddito fino a € 600,00 ;

• 250,00 € per un nucleo composto da tre persone con reddito fino a € 800,00 ;

• 300,00 € per un nucleo composto da quattro persone con reddito fino a € 1.000,00 ;

• 350,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone con reddito fino € 1.200,00.

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** | **Nome** | **Codice fiscale** | **Luogo e data di nascita** | **Residenza** | **Parentela** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

* In aggiunta a quanto già dichiarato , definire ciò che ha determinato un ulteriore stato di bisogno a seguito dell’emergenza sanitaria :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di essere consapevole che nel caso in cui le risorse dovessero risultare insufficienti, i parametri economici di riferimento indicati al punto “AVVERTENZE” saranno ridotti proporzionalmente a tutti i nuclei familiari aventi diritto inseriti nell’elenco mensile.

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 **(ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L’IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS).**

Come previsto dal Decreto Legge 23 Novembre 2020, n.154, 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.

**Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***A PENA DI INAMMISSIBILITÀ, È NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE***