N° ORDINE: \_\_\_\_\_\_

Prot. in entrata N°\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMANDA BANDO FAMIGLIA – FONDO DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE – ANNO 2021**  ***Decreto-legge 73/2021, convertito in legge 23/07/2021 n. 154***   |  | | --- | | **IL/LA SOTTOSCRITTO/A**  **Cognome e Nome** | | **Nato/a a il** | | **Residente a Vaprio d’Adda in Via / P.za …** | | **Tel.:** | | **Mail:** | | **CODICE FISCALE:**  **quale richiedente, a nome e per conto del proprio nucleo famigliare anagrafico,**  **A) DICHIARA**  - Di essere cittadino italiano o cittadino in possesso di un regolare permesso di soggiorno (solo per cittadini extra UE);  - Che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio o contributo analogo a quello di cui alla presente istanza;  - Che il proprio nucleo familiare, come da certificazione anagrafica, è composto dalle persone indicate nella seguente tabella:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **COGNOME NOME** | **CODICE FISCALE** | **GRADO DI PARENTELA** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |

**B) DICHIARA**

- di non disporre attualmente di sufficiente reddito e di essere quindi in condizione di difficoltà economica tale da non poter provvedere nell’immediato all’acquisto di beni alimentari e di prima necessità, a causa delle ricadute dell’emergenza sanitaria 2020 COVID – 19.

Si dichiara più precisamente **(per ottenere il contributo devono essere vere e bisogna barrare tutte le dichiarazioni seguenti)**

* interruzione o riduzione dell’attività lavorativa in regime di lavoro autonomo (Partita Iva, altre categorie come liberi professionisti), o lavoro subordinato, grave malattia o decesso di un componente del nucleo familiare percettore di reddito, componente del nucleo con invalidità civile uguale o superiore al 70% in nucleo in condizione di fragilità economica;
* attestazione ISEE in corso di validità con valore ISEE ordinario o ISEE corrente non superiore a €. 10.000,00;
* nessun altro patrimonio immobiliare oltre alla casa di proprietà e relative pertinenze, alla data di presentazione della domanda;

Altro da specificare riguardante la propria situazione (opzionale):

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

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

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

**NOTA ISTANZA DA PARTE DELL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI / ASSISTENTE SOCIALE (per i nuclei soggetti in carico ai Servizi Sociali o contattati direttamente dall’Ente - parte da compilare a cura dell’Ufficio Servizi Sociali)**

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

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

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

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

**C) DICHIARA inoltre che**

**- il proprio nucleo anagrafico non dispone di liquidità al di fuori dei conti correnti bancari e/o postali e carte prepagate sottoindicati, per un saldo aggiornato alla fine del mese precedente la presente domanda NON superiorea:**

* a € 1.000,00 per i nuclei familiari composti da una sola persona
* a € 3.000,00 per i nuclei familiari composti da due o più persone

**D) DICHIARA altresì (barrare SOLO una opzione)**

* Che nessun componente del nucleo famigliare beneficia del Reddito di Cittadinanza, della Pensione di Cittadinanza, del Reddito di Emergenza o di altro beneficio economico pubblico di supporto di qualsiasi natura o percepisce altri contributi direttamente o indirettamente gestiti dall’Ente.
* Che il nucleo famigliare, rappresentato dal proprio componente di seguito indicato, beneficia del Reddito di Cittadinanza, della Pensione di Cittadinanza, del Reddito di Emergenza **per un importo NON superiore a € 150,00 mensili** o di altro beneficio economico pubblico di supporto di qualsiasi natura o percepisce altri contributi direttamente o indirettamente gestiti dall’Ente **non** **superiori a 1.000,00 complessivi annui (NON saranno considerati i contributi a favore della disabilità).**

**Specificare se si tratta di Pensione di invalidità:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CODICE FISCALE** | **IMPORTO MENSILE** | **TIPO DI CONTRIBUTO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CHIEDE**

**(BARRARE SOLO UNA OPZIONE PER DOMANDA)**

* la concessione di Buoni Spesa per l’acquisto di beni di prima necessità
* Sostegno al CANONE DI LOCAZIONE
* Sostegno UTENZE DOMESTICHE

**A TAL FINE ALLEGA**

* Carta identità ed eventuale permesso di soggiorno in corso di validità;
* Dichiarazione del datore di lavoro relativa all’interruzione o riduzione dell’attività lavorativa o documento equipollente;
* Certificazione di invalidità civile di uno o più componenti del nucleo familiare;
* Isee Ordinario o Corrente in corso di validità;
* Estratti C/C e/o depositi bancari aggiornati al mese precedente la domanda;
* Bollette relative alle utenze per cui si richiede il contributo, contratto di affitto debitamente registrato, bollettini di pagamenti del canone ed estremi del proprietario di casa (per chi richiede il SOSTEGNO UTENZE DOMESTICHE)
* ALLEGATO A interamente compilato (per chi richiede il SOSTEGNO AL CANONE DI LOCAZIONE

**DICHIARA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE:**

• che i **Buoni Spesa** sono personali (ovvero utilizzabili solo dal titolare indicato in calce allo stesso buono), non trasferibili, né cedibili a terzi, non convertibili in denaro contante e, nel caso di assegnazione, sono utilizzabili **ESCLUSIVAMENTE** per l’acquisto di **GENERI DI PRIMA NECESSITA’**;

• di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Vaprio d’Adda per lo svolgimento delle funzioni istituzionali connesse allo svolgimento delle attività di controllo, assegnazione e rendicontazione dei contenuti afferenti alla presente istanza, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Vaprio d’Adda;

• **Delle responsabilità penali assunte ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 per FALSITA’ in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell’art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;**

• che, ai sensi dall’art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere a idonei CONTROLLI volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle SANZIONI previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell’art. 76 stesso D.P.R., **nonché alla REVOCA DEL BENEFICIO E AL RISARCIMENTO DEL DANNO ai sensi dell’art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.;**

|  |  |
| --- | --- |
| Vaprio d’Adda, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma del Richiedente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |