

REPUBBLICA ITALIANA



UNIONE EUROPEA



REGIONE SICILIANA

MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19

A VALERE DEL POC-SICILIA 2014/2020

**AI SENSI DELL' ART. 9, COMMA 2 DELLA LEGGE REGIONALE 12 MAGGIO 2020 N. 9 E DELLA
DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 574 DEL 15.12.2020.**

D.D.G. N. 129 DELL' 1 FEBBRAIO 2021

D.D.G. N. 488 DEL 6 APRILE 2021

**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 RAGUSA

Il sottoscritto/a _____, nato/a a [_____] , il _____ ,
residente a _____ , Via [_____] , Codice Fiscale _____
_____, Tel/Cell: _____ , (e-mail _____)
_____, PEC _____ , 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., n. 135 del 7.4.2020, n. 148 del 17.4.2020 e n. 574 del 15.12.2020, nonché dal DDG n. 129 dell' 1.2.2021 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 _____ del Comune di RAGUSA, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19,

DICHIARA (REQUISITI ANAGRAFICI)

☐ di essere intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare e quindi di essere residente nel Comune di RAGUSA;

ovvero

☐ di 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 fondata sulla razza o sull' origine etnica*)

ovvero

☐ di essere straniero privo di titolo di soggiorno e/o non iscritto alla anagrafe purchè 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 fondata sulla razza o sull'origine etnica*)

☐ 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					
5					
6					
7					
...					

☐ che 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

DICHIARA INOLTRE (REQUISITI REDDITUALI) di (segnare la casella di riferimento):

A	non aver percepito alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere (fatti salvi i trattamenti assistenziali percepiti dai soggetti portatori di disabilità, quali ad esempio l' indennità di accompagnamento) ovvero aver percepito un reddito da lavoro, da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere (fatti salvi i trattamenti assistenziali percepiti dai soggetti portatori di disabilità, quali ad esempio l' indennità di accompagnamento) inferiore o uguale al MINIMO VITALE* nel periodo compreso tra l' 1 marzo 2020 al 6 aprile 2021; specificare l'importo complessivamente percepito _____
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) ovvero risulta destinatario di qualche forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.) inferiore o uguale al MINIMO VITALE* nel periodo compreso tra l' 1 marzo 2020 al 6 aprile 2021; specificare l'importo complessivamente percepito: _____
C	(in alternativa ai punti A e B) di aver percepito nel periodo compreso tra l' 1 marzo 2020 e il 6 aprile 2021 le seguenti somme superiori al minimo vitale (compresi buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, etc pari a € _____ (specificare l'importo complessivamente percepito).

* MINIMO VITALE MEDIO RELATIVO AL PERIODO CONSIDERATO (1 MARZO 2020- 6 APRILE 2021)

€ 5.898,20 per un nucleo composto da una sola persona

€ 7.557,12 per un nucleo composto da due persone

€ 8.663,10 per un nucleo composto da tre persone

€ 9.584,72 per un nucleo composto da quattro persone

€ 10.322,17 per un nucleo composto da cinque persone

€ 11.016,44 per un nucleo composto da sei o più persone;

****** Nel caso in cui il nucleo familiare è destinatario della quota B del Reddito di cittadinanza, tale quota non dovrà essere computata nel calcolo delle entrate.

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

(contrassegnare ciò che interessa)

l'assegnazione di buoni spesa /voucher come di seguito riportato a valere sulle risorse messe a disposizione dal Programma Operativo POC SICILIA 2014-2020, per l'acquisto di:

① Alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, bombole del gas, dispositivi di protezione individuale;

o in alternativa

② il pagamento in forma diretta da effettuarsi da parte degli Uffici Comunali di Canoni di locazione di prima abitazione, limitatamente alle superfici abitative (dovrà essere inserito in piattaforma a pena di esclusione contratto regolarmente registrato);

NB: I benefici 1 e 2 sono tra loro alternativi;

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, il sottoscritto dichiara di essere 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 sottoscritto assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del REG. U.E. n. 679/2016., nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Il sottoscritto si impegna di comunicare al Comune di Ragusa 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 IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE.