*Al Comune di Ripatransone*

 *Ufficio Servizi Sociali*

**Emergenza Covid-19. MISURA STRAORDINARIA SOCCORSO ALIMENTARE DISPOSTA DAL GOVERNO**

***(Ocdpc n. 658 del 29 marzo 2020 avente ad oggetto “Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”)***

DOMANDA L’ASSEGNAZIONE DEI BUONI SPESA A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE **RESIDENTI** IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Provincia/Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

 CHIEDE

di accedere all’assegnazione del bonus alimentare a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (covid-19).

 DICHIARA

- di aver preso visione dell’Avviso Pubblico

- di essere a conoscenza che il Comune verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio

- che qualora risultasse beneficiario dei buoni gli stessi stesso verranno utilizzati presso gli esercizi presenti nel territorio di Ripatransone e nell’elenco pubblicato dal Comune autorizzando fin d’ora a trasmettere il proprio nominativo all’esercizio commerciale individuato

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **nome** | **Cognome** | **Grado parentela** | **Codice fiscale** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

**DICHIARA INOLTRE**

- che le risposte indicate nel seguente questionario corrispondono all’effettiva situazione del proprio nucleo familiare;

- che il proprio nucleo familiare ha un reddito netto complessivo inferiore alle fasce indicate nella tabella sottostante *(vedi alla prima domanda del questionario di valutazione la definizione di reddito)*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 persona** | **2 persone** | **3 persone** | **4 persone** | **5+ persone** |
| 700 | 900 | 1.300 | 1.500 | 1.700 |

- che il capitale del nucleo familiare, composto da conti correnti, azioni, titoli, quote di società intestate a familiari (per la parte di quota posseduta) o altri strumenti finanziari è complessivamente inferiore a € 6.180,00;

- di essere nell'impossibilità di poter provvedere adeguatamente all'acquisto dei beni alimentari e di prima necessità per il proprio nucleo familiare;

**Dichiara inoltre**

che le risposte indicate nel seguente questionario corrispondono all’effettiva situazione del proprio nucleo familiare :

**Qual è la motivazione della sua richiesta?**

* Situazione preesistente
* (Temporanea) Chiusura della propria attività
* Riduzione del volume di affari
* Riduzione del compenso percepito
* Licenziamento / Fine o sospensione del rapporto di lavoro

**Il tuo nucleo familiare ha subito una riduzione del reddito percepito a causa dell'emergenza in corso?**

* Sì
* No

**Qual è l'ultimo reddito percepito dal suo nucleo familiare?**

*\*(Per reddito si intende l'utile che deriva dall'esercizio di un mestiere/professione effettivamente percepito nel mese di marzo 2020.*

*Vanno incluse anche le somme derivanti da pensioni di vecchiaia/anzianità - anche anticipate - e dai Tirocini per l'Inclusione Sociale in favore dei beneficiari del PON.*

*Non vanno conteggiate le pensioni di invalidità, le pensioni sociali, il Reddito di Cittadinanza, il Reddito di Emergenza, il Reddito di Inclusione, la disoccupazione, la cassa integrazione e le somme percepite per lo svolgimento di Tirocini per l'Inclusione Sociale in favore dei beneficiari del POR, i Contributi di Autonoma Sistemazione)*

* Nucleo familiare non percettore di reddito o che lo ha perso per effetto dei provvedimenti restrittivi dettati dall’emergenza sanitaria
* Nucleo familiare con reddito netto inferiore alle fasce di esclusione

*(inclusi nuclei monoreddito o con più redditi che abbiano o meno subito una riduzione del compenso percepito a causa dell'emergenza in corso e in cui siano o meno presenti una o più partite IVA riconducibili a codice ateco esclusi dalle attività per decreto)*

**Il suo nucleo familiare era già in carico ai Servizi Sociali alla data dell'8 marzo 2020 per situazioni di criticità, fragilità, multiproblematicità ?**

* Sì
* No

**Da quante persone è composto il suo nucleo familiare (incluso lei) ?**

* 1 persona
* 2 persone
* 3 persone
* 4 persone
* 5 persone
* 6 persone
* 7 o più persone

**Quanti figli a carico attualmente conviventi sono presenti nel nucleo?**

* Nessuno
* 1 figlio a carico
* 2 figli a carico
* 3 figli a carico
* 4 o più figli a carico

**Il suo è un nucleo monogenitoriale?**

* No
* Sì

**Ci sono bambini fino a 6 anni nel nucleo familiare?**

* No
* 1 bambino fino a 6 anni
* 2 o più bambini fino a 6 anni

**Ci sono persone oltre i 65 anni nel nucleo familiare?**

* No
* 1 persona oltre i 65 anni
* 2 o più persone oltre i 65 anni

**Ci sono persone affette da patologie croniche nel nucleo familiare?**

* No
* Sì

**Ci sono disabili nel nucleo familiare?**

* No
* 1 disabile
* 2 o più disabili

**Il suo nucleo familiare vive in una casa:**

* In comodato
* Di proprietà senza mutuo
* Derivante dalle politiche di edilizia agevolata o sovvenzionata
* Di proprietà per la quale sta pagando un mutuo
* In affitto /locazione
* Senza fissa dimora

 **Il suo nucleo è già percettore di altre forme di sostegno complessivamente superiori a € 493/mese? (ad es. Reddito Di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Reddito di Emergenza, cassa integrazione, disoccupazione, c.a.s. ecc.)**

* Sì
* No

Data ……………………………………

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. copia del documento di identità

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27/04/2016 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA CIRCOLAZIONE DI TALI DATI E CHE ABROGA LA DIRETTIVA 95/46/CE (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

*Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di Ripatransone nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che i Suoi dati personali (di tipo comune, eventualmente se necessari di tipo particolare-sensibile e/o di tipo giudiziario), sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici, per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, ed in particolare per adempimenti relativi all’erogazione del "Bonus Alimentare" oggetto del modulo di richiesta ed il conferimento dei dati è obbligatorio. Il rifiuto di fornire gli stessi preclude l’accesso al servizio. In ogni momento Lei potrà chiedere l’accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 23 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR.*

*……., lì ..............................................*

*Firma per presa visione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*