MISUREDISOSTEGNOALL'EMERGENZASOCIO-ASSISTENZIALEDACOVID-19AISENSIDELL'ART.9,COMMA2,DELLAL.R.12MAGGIO2020,N.9, EDELLADELIBERADIGIUNTAREGIONALEN.574DEL15/12/2020,AVALEREDELPOCSICILIA2014/2020

ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIOASSISTENZIALE EDICHIARAZIONESOSTITUTIVADIATTODINOTORIETA'

(art.47delD.P.R.445/2000) **ALLEGATO F**

CIP 2017POCSICILIA1/10/9.1/7.1.1/0115 CUP C99J21020390006

AICOMUNE DI S.AGATA LI BATTIATI

Il sottoscritto/a _____, nato/aa_____, il _____, residente a _____, Via _____Codice Fiscale _____Tel/Cell _____, (e-mail _____ PEC_____),

nella qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare, consapevole dellesanzionipenalirichiamatedall'art.76delD.P.R.445/2000incasodidichiarazionimendaciedelladecadenza dei benefici eventualmente conseguential provvedimento emanatosulla basedi dichiarazioninon 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 in attuazione dell'art. 9, comma 2, dellaLegge Regionale 12/05/2020, n. 9, per quanto previsto dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 124 del28/03/2020, n. 135 del 07/04/2020, n. 148 del 17/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129dell'01/02/2021 delDipartimentoreg.le dellaFamigliaedellePoliticheSociali.

DICHIARA

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventidiritto secondo quanto previsto nell'Avviso del [_22 .09. 2021_•]del Comune di S.A.LI BATTIATI, relativo alle misure di sostegno perl'emergenzasocio-assistenziale daCOVID-19,eprecisamentedi:

- essereresidentenelComunediSant'Agata li Battiati;
- *(contrassegnarelelettered'interessenelseguenteprospetto)*

A	nonpercepirealcunredditodalavoronédarenditefinanziarieoproventimonetariacaratterecontinuativodialcungenere;
B	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunquedenominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG,pensione,ecc.);
C	*(inalternativaalpuntoB)*esseredestinatarioavaleresuprecedentiformedisostegnopubblicoaqualsiasititoloecomunquedenominato,ovverodibuonispesa/vouchererogatiad AltrotitoloperemergenzaCOVID-19,perunimportoparia€*(specificarel'importo)*;

Segnare con una x indicando nominativo	Tipologia di sostegno/reddito	Nome e Cognome del Soggetto componente del nucleo familiare intestatario del beneficio/reddito	Importo percepito nel mese di _____ ----------2021

Tipologia di sostegno	Nome Percettore	Importo mensile

□	REDDITO DI CITTADINANZA	(	)	€ _____
□	REDDITO DI INCLUSIONE	(	)	€ _____
□	REDDITO DI EMERGENZA	(	)	€ _____
□	PENSIONE DI VECCHIAIA	(	)	€ _____
□	PENSIONE SOCIALE	(	)	€ _____
□	NASPI/DISCOLL	(	)	€ _____
□	INDENNITA' DI MOBILITA'	(	)	€ _____
□	CASSA INTEGRAZIONE	(	)	€ _____
□	REDD.DI LAVORO AUTONOMO	(	)	€ _____
□	REDD.DI LAVORO DIPENDENTE	(	)	€ _____
□	ALTRI REDDITI	(	)	€ _____

Dichiara inoltre di: (segnare con una crocetta)

□ di essere in affitto con regolare contratto registrato all'Agenzia dell'Entrate; (allegare estremi del contratto e nominativo del locatore)

□ di vivere in casa di proprietà/comodato in uso;

□ di essere intestatario o che nel proprio nucleo familiare ci sono intestatari di utenze di luce e gas;

□ di non essere metanizzato ma di utilizzare la bombola a GPL per riscaldamento e cucina;

□ che nel proprio nucleo familiare ci sono i seguenti disoccupati/inattivi/cassa integrati quali soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere successivamente a cura dell'Amministrazione Regionale
(indicare unicamente un soggetto ultradiciottenne facente parte del nucleo familiare)

Nome e Cognome _____ codice fiscale _____

AVVERTENZE:

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, aqualsiasi 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 di cittadinanza"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	Luogoedata dinascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
-					

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale,find'ora comunque,

CHIEDE

l'assegnazione di **BUONI SPESA/VOUCHER PER ACQUISTO DI BENI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'**dicuialseguenteelenco**INDICARE SOLA UNA VOCE E CONTRASSEGNARE CON X**

a)		**alimenti,prodotti farmaceutici,prodotti per l'igiene personale e domestica,bombole del gas,dispositivi di protezione individuale,pasti pronti** **INDICARE VOCE SCELTA CON X**

il **PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA** da effettuarsi da parte degli Uffici Comunali:**INDICARE SOLA UNA VOCE**

b)		**Utenze domestiche di luce e gas** **INDICARE VOCE SCELTA CON X**
c)		**Canoni di locazione di prima abitazione,limitatamente alle superfici abitative** **INDICARE VOCE SCELTA CON X**

come previsto dal citato art. 9, comma 2, della Legge Regionale 12/05/2020, n. 9, dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n.124del 28/03/2020,n.135 del 07/04/2020, n.148del 17/04/2020 e n.574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129 dell'01/02/2021 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo dei buoni spesa/voucher 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.

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELL'ISTANZA

Il dichiarante si assume altresì, sotto la propria responsabilità l'obbligo di comunicare immediatamente agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di Sant'Agata li Battiati, ogni modifica peggiorativa o migliorativa delle condizioni del proprio nucleo familiare e dei requisiti per accedere alla misura, intervenuta successivamente alla data di presentazione della presente istanza e le mancate segnalazioni saranno considerate come dichiarazioni mendaci.

Il Comune condurrà verifiche sulla veridicità delle istanze ricevute. Eventuali false dichiarazioni o omissioni, oltre a rispondere del reato di falso alle autorità competenti, faranno perdere al nucleo familiare destinatario ogni diritto in relazione al presente Avviso con obbligo di restituzione delle somme percepite.

□ Esprimo ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., Autorizza il consenso al trattamento dei propri dati personali e al trasferimento degli stessi a Enti Pubblici per le finalità legate all'assegnazione e fruizione di forme di sostegno legate all'emergenza in atto, nonché alleAmministrazionecompetentiper laverificadelleautocertificazioni, esentando il Comune di S.A.li Battiati da ogni responsabilità in ordine al predetto trattamento e trasferimento (obbligatorio)

S.Agatali Battiati lì_____

FIRMA

- - - - - - - - - - - - - - -.

A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

MISUREDISOSTEGNOALL'EMERGENZASOCIO-ASSISTENZIALEDACOVID-19AISENSIDELL'ART. 9,COMMA2,DELLAL.R.12MAGGIO2020,N.9,EDELLADELIBERADIGIUNTAREGIONALEN. 574DEL15/12/2020,AVALEREDELPOCSICILIA2014/2020.

Al COMUNEdiS.A.Li Battiati

ALLEGATO"1"/F

Modello richiesta pagamento utenze

Il/La sottoscritto/a_____,in qualità di **intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare**,nato/aa_____

_____,il_____residente a S.A. Li Battiati - Via_____

cod.fisc._____,Tel./Cell._____

_____**e-mail**_____(eventuale)PEC_____

CHIEDE

Nei limiti dell'importo previsto per il proprio nucleo familiare,il pagamento diretto da parte del Comune della seguente utenza e relative alla casa di prima abitazione intestata ad uno dei componenti del nucleo familiare:

LUCE

Numerodi fattura	Intestatarioutenza	Numeroutenza	IBANsocietà fornitrice	importo	scadenza

AVVERTENZA:
Allegare obbligatamente la relativa fattura/e.
Non saranno prese in considerazione fatture aventi una scadenza inferiore a giorni 20 dalla scadenza del bando

GAS

Numero di fattura	Intestatario utenza	Numero utenza	IBAN società fornitrice	importo	scadenza

AVVERTENZA:
Allegare obbligatamente la/e relativa/e fattura/e.
Non saranno prese in considerazione fatture aventi una scadenza inferiore a giorni 20 dalla scadenza del bando.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali,ai sensi del D.Lgs.n.196/2003 es.m.i.,nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

S.A. Li Battiati,_____

FIRMA

_____

MISUREDISOSTEGNOALL'EMERGENZASOCIO-ASSISTENZIALEDACOVID-19AISENSIDELL'ART. 9,COMMA2,DELLAL.R.12MAGGIO2020,N.9,EDELLADELIBERADIGIUNTAREGIONALEN. 574DEL15/12/2020,AVALEREDELPOCSICILIA2014/2020.

Al COMUNE di S.A.Li Battiati

ALLEGATO"2"/ F

Modello richiesta pagamento canoni di locazione di prima abitazione, stipulato da uno dei componenti il nucleo familiare beneficiario limitatamente alle superfici abitative.

Il/La sottoscritto/a_____,in qualità di **intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare**,nato/a_____

_____,il_____residente a S.A.Li Battiati, Via_____

cod. fisc._____,Tel./Cell._____

_____**e-mail**_____(eventuale)PEC_____

CHIEDE

Nei limiti dell'importo previsto per il proprio nucleo familiare Il pagamento diretto da parte del Comune del canone dilocazione di prima abitazione limitatamente alle superfici abitative (esclusi quindi garage e pertinenze) relativo al mese di_____dell'immobile ubicato in S.A. Li Battiati, Via_____

_____ proprietà di_____

C.F._____

IL QUALE ACCETTA IL PAGAMENTO DA PARTE DEL COMUNE DI S.A. LI BATTIATI MEDIANTE BONIFICO AL SEGUENTE IBAN

_____

Allega

Copia del Contratto di locazione riportante gli estremi di registrazione

I firmatari dichiarano di essere consapevoli che:

1) Non saranno presi in considerazione contratti non regolarmente registrati;
2) Non saranno presi in considerazione contratti stipulati da persona non appartenente al nucleo familiare;
3) Saranno pagati solo la parte dei canoni relativa alle superfici abitabili e ciò dovrà evincersi dal contratto di locazione;
4) Il pagamento dei canoni potrà avvenire solo sel'importo del contributo massimo erogabile in base alla composizione del nucleo familiare sia uguale o superiore all'importo del canone mensile in caso contrario si procederà d'ufficio all'erogazione di buoni spesa corrispondente a tale importo.

N.B NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE ISTANZE PRESENTATE DAI SOGGETTI CHE HANNO USUFRUITO DI RIDUZIONE DEL CANONE INDICATO NEL CONTRATTO DI LOCAZIONE PER TUTTA LA PARTE DELL'ANNO 2021

S.A. Li Battiati,_____

Il Richiedente **Il Locatore**

_____ _____

A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL PROPRIETARIO