

Oggetto: Richiesta di accesso delle persone e famiglie bisognose al "FONDO SOCIAL CARD COVID 19" giusta Delibera Giunta Regionale della Basilicata n. 215 del 27/03/2020 " o alla misura di sostegno previste dalla - ORDINANZA N. 658 PROTEZIONE CIVILE -

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ (C.F. _____) e residente a _____ in _____ via _____ n. _____, recapito telefonico/cell. n. _____, email _____, pec _____

CHIEDE

il contributo straordinario di cui in oggetto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA (CLICCARE SOLO LE VOCI CHE INTERESSANO):

- Di essere residente nel Comune di Sant'Arcangelo
- Per cittadini UE: allegare permesso di soggiorno;
- per cittadini non UE dichiarazione attestante il possesso della carta di soggiorno ,o permesso di soggiorno in corso di validità, o dichiarazione di avere presentato domanda di rinnovo con riserva di produzione del permesso ad avvenuto rilascio).
- Di essere o non essere (cancellare la voce che non interessa)** beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti Pubblici reddito di cittadinanza, pensionati, reddito minimo di inserimento regionale, ex copes- Tis, misure decreto cura, LSU, etc);
- Di avere nel proprio nucleo familiare almeno un minore di età non superiore ai 12 anni;
- Di avere nel proprio nucleo familiare un componente con problemi di salute certificati.
- Di non avere la partita IVA;
- Di essere o non essere** già in carico ai servizi sociali (**cancellare la voce che non interessa**);

Clickare la voce che interessa relativa al reddito:

- Che il suo nucleo familiare è in gravi difficoltà economiche a seguito dell'Emergenza COVID 19 in quanto alla data dell'avviso pubblico (1.4.2020) ha reddito zero;
- Oppure:** ha forme di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari o postali dell'importo complessivo, riferito all'intero nucleo familiare, **inferiore ad € 5.000,00** (cinquemila) **oppure tra € 5.000,01 e non superiore ad € 7.500,00**
- che il proprio nucleo familiare è composto da:
(indicare nome e cognome, data di nascita e occupazione): _____

- che nessun altro dei predetti componenti del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la medesima finalità;
- di impegnarsi ad utilizzare il contributo per l'acquisto di beni e servizi di prima necessità, a titolo esemplificativo: beni alimentari di vario genere, prodotti per l'igiene personale, farmaci non rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale prescritti dal medico di base e/o dallo specialista, e farmaci da banco;
- di essere a conoscenza che il Comune verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio e delle certificazioni contenute nella domanda di contributo, con particolare riguardo alle dichiarazioni ISEE. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune adotterà ogni misura utile a sospendere e/o revocare o chiedere il rimborso dei benefici concessi.

Si allega copia documento di identità in corso di validità

Sant'Arcangelo, li _____ Firma: _____

(N.B.: La richiesta dovrà pervenire al comune in uno dei seguenti modi utilizzando unicamente il modello predisposto dall' Ente e scaricabile direttamente dal sito del Comune all'indirizzo

www.comune.santarcangelo.pz.it

1) via pec all'indirizzo protocollosantarcangelo@ebaspec.it;

2) via email all'indirizzo protocollo.santarcangelo@rete.basilicata.it;

3) tramite WhatsApp al n. 3206308811_

Per ogni esigenza di carattere organizzativo è possibile contattare telefonicamente i numeri

0973618307 --- 0973618306 --- 3206308811

PER NESSUNA RAGIONE BISOGNA RECARSI DI PERSONA ALLA SEDE MUNICIPALE