



AL COMUNE DI MANZIANA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

info.comunemanziana@pec.it.

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI, DI PRIMA NECESSITA' E FARMACI A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA PANDEMIA DA COVID-19.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Manziana, Via/Viale/Strada/Piazza _____ n. _____

codice fiscale

tel.: _____ cell.: _____

La mancata reperibilità ai riferimenti citati può comportare l'esclusione dal beneficio.

e- mail: _____

CHIEDE

PER SOPRAGGIUNTA INDIGENZA ECONOMICA DIPENDENTE DALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 IN ATTO L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO ECONOMICO ASSISTENZIALE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE.

A tal fine **dichiara**, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, consapevole che verranno effettuati controlli su quanto dichiarato:

DI TROVARSI UN UNA CONDIZIONE DI NECESSITA', ANCHE MOMENTANEA, CAUSATA DALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 PER LE SEGUENTI RAGIONI:

ATTENZIONE esplicitare obbligatoriamente

- licenziamento;
- mancata o ritardata percezione della Naspi;
- riduzione delle ore lavorative;
- in attesa di ricevere l'indennità della cassa integrazione;
- cessazione e/o sensibile riduzione dell'attività professionale autonoma e/o imprenditoriale;
- decesso di uno dei membri del nucleo familiare percettore di reddito o di entrate mensili anche a titolo risarcitorio e/o di indennizzo;
- cessazione di misure di sostegno al reddito quali Naspi, reddito di cittadinanza;
- inoccupato;
- Altro (specificare) _____

- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, COMPRESO IL RICHIEDENTE È

ANGRAFICAMENTE COSÌ COMPOSTO:

Nome Cognome	Data di Nascita	Grado di Parentela	Condizione Lavorativa <input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	Proventi economici percepiti a qualsiasi titolo
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	

Che la **condizione abitativa** è la seguente:

- affitto €,..... mensili
- proprietà con mutuo di €,..... mensili
- proprietà

Di essere / non essere **beneficiario** delle seguenti misure:

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Reddito di Cittadinanza pari a

€ mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Assicurazione sociale per l'impiego (NaSpi)

pari a € mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Assegno di Disoccupazione (AsDi) pari a

€..... mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di cassa integrazione pari a

€..... mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di indennità di mobilità pari a

€..... mensili; SI NO

Di essere beneficiario di assegno al nucleo familiare numeroso

SI NO

Di avere beneficiato del contributo alloggiativo per emergenza COVID-19

SI NO

Altro

Dichiara altresì:

- di non aver disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc... sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità;
- di avere la necessità di acquistare medicinali causa delle seguenti patologie a carico di uno o più componenti familiari: _____
- di non avere il possesso di beni immobili di essere possessore della sola casa di abitazione
- di non avere effettuato donazioni di beni immobili o di diritti su di essi, negli ultimi cinque anni;
- di essere già in carico ai Servizi Sociali del Comune di Manziana;
- di non essere in Carico ai Servizi Sociali del Comune di Manziana;
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato al Comune di Manziana analoga istanza.

Allega copia di un documento di identità

Manziana, _____

Firma _____

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs.196/2003 e degli artt. 13 e 14 GDPR Regolamento UE 679/2016, in ottemperanza al D.Lgs 101 del 10/08/2008, per cui dati personali trattati dal Servizio Sociale del Comune di Manziana sono raccolti per finalità di intervento specifiche del settore ed acquisiti direttamente da soggetti pubblici; il loro trattamento è svolto in forma cartacea e mediante strumenti informatici e telematici.

Firma _____