

Fondo Emergenza COVID-19 Distretto Socio-Sanitario D26- erogazione Buoni spesa e contributo Affitti ed Utenze

Al Comune di Fiumedinisi
Ufficio Servizi Sociali

Il/la Sottoscritto/a _____ c.f. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____, e residente a
_____ (____) in _____ n° _____

CHIEDE

Di avere accesso ai benefici di cui al Fondo Emergenza COVID-19 del Distretto Socio-Sanitario D16, in favore di nuclei familiari che si trovano in grave difficoltà derivante dagli effetti dell'emergenza epidemiologica in corso, come segue:

Segnare con una X le caselle interessate tenendo conto che è possibile richiedere:

- 1. solo buoni spesa, 2. solo affitti; 3. solo utenze, 4. affitti e utenze**

1	BUONI SPESA per prodotti alimentari e di prima necessità
2	CONTRIBUTO AFFITTI
3	CONTRIBUTO UTENZE (luce e acqua)
4	CONTRIBUTO AFFITTI e CONTRIBUTO UTENZE (luce e acqua)

DICHIARA

Segnare con una X le caselle interessate

- I. Di essere residente nel Comune di Fiumedinisi;
- II. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori;
- III. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti familiari con disabilità;
- IV. Che il proprio nucleo familiare è composto (compreso il richiedente) da:
1. Nome e Cognome (richiedente) _____
data di nascita _____ Rapporto di parentela _____
2. Nome e Cognome (componente) _____
data di nascita _____ Rapporto di parentela _____
3. Nome e Cognome (componente) _____
data di nascita _____ Rapporto di parentela _____

4. Nome e Cognome (componente) _____
data di nascita _____ Rapporto di parentela _____

- V. Che il proprio nucleo familiare è seguito dall'Ufficio Servizi Sociali;
- VI. Di non percepire al momento alcun reddito né alcuna forma di sostegno alternativa e/o suppletiva;
- VII. Di percepire un reddito (pensione, sostegno statale Reddito di Cittadinanza RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, etc): indicare:
- la fonte di reddito _____
- Importo mensile del reddito _____;
- VIII. Di trovarsi in stato di bisogno per gli effetti economici negativi prodotti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid – 19 per le seguenti motivazioni:
- dipendente della ditta _____ e non presta attività lavorativa dal _____ a causa della chiusura della Ditta per emergenza COVID-19;
- titolare della ditta _____ che non svolge più attività dal _____ a seguito delle restrizioni imposte dai Decreti Legge e D.P.C.M. adottati per emergenza COVID – 19;

Ulteriori informazioni del nucleo ritenute utili per la valutazione della propria domanda:

Dichiara, inoltre, che il proprio nucleo si trova in una delle seguenti priorità:
Segnare con una X le caselle interessate

a) NUCLEO FAMILIARE NON È ASSEGNATARIO DI SOSTEGNO PUBBLICO:

I componenti del nucleo non usufruiscono di prestazioni assistenziali, (RdC, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, etc), oppure usufruiscono di prestazioni non significative dal punto di vista del reddito;

b) NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO:

Il titolare del reddito ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito ai sensi del DL. 18/2020 e ss.ii. o il datore di lavoro abbia sospeso o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore;

c) NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO

Il titolare del reddito ha sospeso o chiuso o ridotto attività in base ai suddetti DPCM e che non hanno liquidità per il proprio sostentamento;

d) NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO CON LAVORI INTERMITTENTI

Tutti quei soggetti, che non riescono, in questa fase dell'emergenza COVID-19, ad acquistare beni alimentari e di prima necessità

