



Città di Torre del Greco

(Città Metropolitana di Napoli)

2° SETTORE INCLUSIONE CULTURALE SOCIALE

Allegato n.3

DECRETO LEGGE N. 154/2020 – ORDINANZA n. 658 del 29.03.2020

MODULO DI DOMANDA PER I BUONI SPESA UNA TANTUM A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI BISOGNO A SEGUITO DELL' EMERGENZA DA DIFFUSIONE DA COVID-19 – D.L. 154 del 23.11.2020

AL COMUNE DI TORRE DEL GRECO
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI PER L' EROGAZIONE VOUCHER DI SPESA PER PRODOTTI ALIMENTARI E DI BENI DI PRIMA NECESSITÀ' in attuazione del D.L. 154 del 23.11.2020 pubblicato in G.U. il 24.11.2020

Il/La sottoscritta/o _____ nato/a _____ - prov. _____
() residente a **Torre del Greco**, in via/piazza _____ cittadinanza _____
_____ codice fiscale _____ documento di
riconoscimento: tipo: _____ data scadenza _____ con recapito
telefonico fisso _____ cellulare _____ indirizzo mail (campo opzionale) _____

Consapevole:

- delle conseguenze penali a cui può andare incontro previste in caso di dichiarazioni falsi o mendaci, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, nonché sulla decadenza del beneficio eventualmente conseguito;
- che tutte le informazioni fornite potranno essere trasmesse dal Comune di Torre del Greco alla Guardia di Finanza e agli altri Organi deputati per i controlli di rito sulla veridicità degli stessi;

CHIEDE

Di poter accedere al beneficio Buoni spesa di cui all'art. 2 del D.L. 154 del 23.11.2020 per l'acquisto di alimenti e di beni di prima necessità, nella misura e con le modalità stabilite dal Comune di Torre del Greco.

DICHIARO che almeno un componente del nucleo familiare, versa in una delle seguenti condizioni, per cui si chiede il beneficio (l'assenza di una delle seguenti condizioni è motivo di non ammissione al beneficio)

- a causa dell'epidemia in corso, uno o più componenti hanno perso il lavoro svolto in precedenza, o subito una riduzione dei redditi da lavoro dipendente;
- a causa dell'epidemia in corso, uno o più componenti del nucleo familiare hanno dovuto chiudere l'attività commerciale o artigiana di cui sono titolari, oppure hanno subito una riduzione del proprio volume di affari;
- a causa dell'epidemia in corso, uno o più componenti del nucleo familiare hanno dovuto rinunciare ai lavori occasionali con i quali sostenevano la propria famiglia;
- uno o più componenti del nucleo familiare risultano inoccupati o disoccupati, e a causa dell'epidemia in corso hanno dovuto interrompere la ricerca di un lavoro;
- oppure, ancora, senza una delle quattro precedenti condizioni, può presentare istanza il nucleo familiare che nel mese di dicembre 2020 ha ricevuto entrate inferiori ad € 1.200,00.

DICHIARA, PER SÉ E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, QUANTO SEGUE:



Città di Torre del Greco
(Città Metropolitana di Napoli)

2° SETTORE INCLUSIONE CULTURALE SOCIALE

- che il nucleo familiare, nel complesso, non dispone di liquidità superiori ad € 3.000 (tremila) tale da poter provvedere adeguatamente al sostentamento del nucleo familiare per l'acquisto di generi alimentari e/o beni di prima necessità;
- che il proprio nucleo familiare, *così come da stato di famiglia*, è formato da nr___persone di cui si specifica la situazione:

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela | Non Autosufficienti*1 (SI/NO) O Minore disabile*2 (SI/NO) | Nel mese di Dicembre 2020 ha percepito reddito (SI/NO) | Qual è la Tipologia di reddito percepito BARRARE CON UNA X | Importo mensile attualmente percepito |
|---------|------|-----------------|--------------------|---|--|---|---------------------------------------|
| | | | Ric hiedente | | | <input type="checkbox"/> Lavoro dipendente <input type="checkbox"/> lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Lavoro occasionale/s tagionale /saltuario <input type="checkbox"/> pensione di vecchiaia <input type="checkbox"/> pensione invalidità/i nabilità <input type="checkbox"/> reddito di cittadinanza <input type="checkbox"/> pensione di cittadinanza <input type="checkbox"/> reddito di emergenza <input type="checkbox"/> ammortizzatori sociali (NASPI, Cassa integrazione , etc) <input type="checkbox"/> Altro (Le scelte possono essere | |



Città di Torre del Greco

(Città Metropolitana di Napoli)

2° SETTORE INCLUSIONE CULTURALE SOCIALE

| | | | | | | al massimo 3) | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Lavoro dipendente <input type="checkbox"/> lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Lavoro occasionale/s tagionale /saltuario <input type="checkbox"/> pensione di vecchiaia <input type="checkbox"/> pensione invalidità/i nabilità <input type="checkbox"/> reddito di cittadinanza <input type="checkbox"/> pensione di cittadinanza <input type="checkbox"/> reddito di emergenza | |



Città di Torre del Greco
(Città Metropolitana di Napoli)

2° SETTORE INCLUSIONE CULTURALE SOCIALE

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | <p>BARRARE CON UNA X</p> <p><input type="checkbox"/>ammortizzatori sociali (NASPI, Cassa integrazione , etc)</p> <p><input type="checkbox"/>Decreto Legge ristoro</p> <p><input type="checkbox"/>Altro</p> <p>Le scelte possono essere al massimo 3</p> | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

(si precisa che, all'interno del portale, le celle per la compilazione saranno adeguate all'indicazione numerica dei componenti il nucleo familiare)

*¹ con riconoscimento invalidità 100% e/o handicap con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, co 1 e co. 3 della L. 104/92)

*² ai sensi della L. 104/1992

dichiaro di essere un nucleo mono-genitoriale (per monogenitoriale si intende il nucleo familiare caratterizzato dalla presenza di un solo genitore, senza la presenza di altro componente maggiorenne produttore di reddito) e di percepire "assegno di mantenimento del coniuge" pari a € _____ (indicare anche se pari a 0,00 € - importo che sarà sommato al totale dei redditi prodotti/percepiti);

INOLTRE, DICHIARA:

1) **Che la situazione abitativa è la seguente:** (barrare con una X)

- di proprietà;
- di proprietà con mutuo attualmente sospeso;
- comodato d'uso gratuito;
- di proprietà con mutuo attivo;
- edilizia popolare (iACP, ecc..);
- in locazione;
- senza fissa dimora (Casa Comunale);
- altro _____

2) **che il nucleo familiare dispone di liquidità finanziarie su conto corrente bancario/postale o altre forme di liquidità (intestati al dichiarante o ad altri componenti del nucleo familiare) per un importo fra:** (barrare con una X)

- € 0,00 - € 700,00
- € 700,01 - 1.500,00
- Oltre 1.500,01

INFINE, DICHIARA:

- che allo stato attuale il sottoscritto a nome e per conto del proprio nucleo familiare (sopra generalizzato) non è in grado di provvedere al sostentamento alimentare/beni di prima necessità;
- che nessuno degli altri componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta presso codesto e altri Comuni del medesimo sostegno di cui alla presente domanda;



Città di Torre del Greco
(Città Metropolitana di Napoli)

2° SETTORE INCLUSIONE CULTURALE SOCIALE

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dei relativi criteri di ammissione al beneficio e di accettarlo integralmente.

Il sottoscritto **CONFERMA** di voler ricevere l'**ID pratica** (valido per l'avvenuta presentazione dell'istanza) a mezzo messaggio o WhatsApp al seguente numero _____ e/o a mezzo mail al seguente indirizzo: _____

In caso di domanda ammessa finanziata, il sottoscritto **riceverà** l'importo del *buono spesa Covid-19* caricato direttamente sulla propria tessera sanitaria/codice fiscale. In caso di assenza e/o problematiche relativa al possesso della tessera sanitaria, riceverà il buono in formato digitale all'indirizzo mail e numero WhatsApp, indicato.

Il sottoscritto **DICHIARA** inoltre di essere consapevole delle responsabilità civili e penali, sulla base della legislazione vigente, di una falsa dichiarazione e che essa comporterà altresì l'esclusione dai benefici conseguiti (artt. 46 e 47 del DPR 445/2000); di aver preso atto che i dati personali saranno trattati ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia di protezione dei dati - Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Data

Firma del richiedente

N.B.:

- *É obbligatorio conservare copia dello scontrino per un periodo di tre mesi per eventuali verifiche*
- *allegare documento di riconoscimento*

SENZA IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA.

**È possibile presentare la domanda dal giorno 21.01.2021
ore 8.30 e entro e non oltre le ore 12:00 del 01.02.2021.**

solo attraverso il seguente link

<https://buonispesatorredelgreco.cooplimpronta.it/modulo>

le domande pervenute in modalità diverse non saranno accettate

Per informazioni e contatti: 081/19043310