

Domanda buoni spesa utilizzabili per generi alimentari, prodotti di prima necessità e/ o farmaci.

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

DATI DEL RICHIEDENTE	COGNOME	NOME
	DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA
	CODICE FISCALE	COMUNE DI RESIDENZA
	COMUNE DI DOMICILIO (nel caso di residenza in altro Comune)	
	C.A.P.	VIA/PIAZZA N.
	RECAPITO TELEFONICO FISSO/MOBILE	RECAPITO MAIL

NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE

CONDIZIONI NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE	<input type="checkbox"/> minori, nel numero di <input type="text"/> persone;
	<input type="checkbox"/> disabili, nel numero di <input type="text"/> persone;
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

CHIEDE

l'erogazione dei BUONI SPESA previsti dall' OCDPC n. 658/2020 e dalla D.G.R. Regione Lazio n° 138 del 31.03.20

L'assegnazione del buono spesa è finalizzata al seguente intervento (si possono barrare entrambe le richieste):

- acquisto di generi alimentari;
- acquisto di medicinali.

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19,
- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di un Paese dell'U.E. diverso dall'Italia;
- di essere cittadino/a di un Paese non appartenente all'U.E. in possesso di regolare titolo di soggiorno in corso di validità;
- di essere in possesso di un reddito complessivo familiare (lordo) pari ad € _____ per l'anno 2019;
- di essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali;
- di non essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali;
- essere destinatari della cassa integrazione in deroga e non aver ancora ricevuto il relativo beneficio e, pertanto, trovarsi in una situazione di particolare disagio socio economico. Tale presupposto, oltre che essere riferibile esclusivamente all'emergenza COVID-19 (e, comunque, posteriore al 24 febbraio 2020);
- di non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti Pubblici (Reddito di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
- di percepire il sostegno al reddito (Reddito di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) nella misura di € _____ mensili con decorrenza dal mese di _____ anno _____;
- di abitare in casa di proprietà;
- di corrispondere un canone di locazione per la casa di abitazione pari ad € _____;
- di non avere disponibilità economiche, per sé e/o proprio nucleo familiare su conti correnti bancari, postali, etc. complessivamente superiori ad euro 3.000,00 (I.S.R. desunto dal modello Isee).

DICHIARA INOLTRE

1. di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, il contributo non sarà concesso e si darà seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge, inclusa la decadenza da ogni ulteriore analogo beneficio;
2. di aver preso piena conoscenza di tutte le norme, le condizioni ed i criteri stabiliti nell'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e nei provvedimenti regionali;

DATA _____

FIRMA _____

Documenti da Allegare:

- Fotocopia del documento identità in corso di validità;
- Fotocopia del permesso di soggiorno per persone non appartenenti all'U.E. in corso di validità;
- I.S.E.E. ordinario o corrente in corso di validità;
- Autocertificazione attestante la propria condizione sia essa lavorativa che socio economica.

Firma

