È indetto l’AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA ALL’EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 DI CUI ALLA D.G.R. 44/2020 E D.D. N. 6049 DEL 03/06/2020 - D.G.M. n. 72 del 06/06/2020 - Determinazione n. del

Definizioni

1. Ai fini del presente Avviso, si intendono:

1. per “generi alimentari e di prima necessità” i beni alimentari, prodotti per l’igiene personale e per l’igiene della casa, prodotti farmaceutici, farmaci e parafarmaci;
2. per “Beneficiari” i Comuni calabresi che abbiano aderito alla presente iniziativa, mediante stipula della Convenzione con la Regione Calabria, ai fini dell’attuazione dell’operazione e distribuzione dei buoni di solidarietà alimentare ai cittadini destinatari;
3. per “soggetti destinatari”, le persone fisiche in possesso dei requisiti di cui all’art. 4 del Disciplinare di attuazione, individuati dal Comune di a mezzo del presente Avviso pubblico, cui segue l’approvazione di elenchi stilati dal Comune medesimo, sulla base delle istanze pervenute e in funzione dei criteri generali definiti dalla Regione Calabria e dal Disciplinare di attuazione, tenuto conto dei principi di ammissione prioritaria, secondaria e residuale ivi previsti ti e avendo cura di tutelare nuclei familiari più esposti ai rischi economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da Covid-19, dando priorità a quelli non già assegnatari di altre forme di sostegno pubblico.

A tal fine si precisa che destinatari della misura sono persone e nuclei residenti nel Comune di che si trovino in “stato di bisogno”. Il competente Settore del Comune individuerà i nuclei in stato di bisogno dando priorità agli individui e ai nuclei in difficoltà, anche temporanea, che non abbiano percepito nessuna misura di sostegno legata all’emergenza sanitaria.

1. per “misura di solidarietà Calabria” si intende il “buono spesa”, il titolo dematerializzato in formato elettronico o in formato pdf, trasmesso telematicamente ai cittadini e spendibile negli esercizi commerciali e farmacie/parafarmacie aderenti alla procedura di evidenza pubblica del Comune, incluse nell’apposito elenco pubblicato secondo le forme di pubblicità previste e sui rispettivi siti web istituzionali degli enti locali;
2. per “servizi sociali”, il Servizio sociale comunale o dell’ambito territoriale o altro Settore competente individuato dal Comune.

Importo del buono spesa

Il contributo concesso per mezzo del buono spesa è erogato *una tantum* ed il relativo importo è determinato secondo le seguenti modalità:

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO****FAMILIARE** | **IMPORTO** |
| Nuclei unipersonali | Euro 100,00 |
| Nuclei composti da due persone | Euro 200,00 |
| Nuclei composti da tre persone | Euro 300,00 |
| Nuclei composti da quattro persone | Euro 400,00 |
| Nuclei composti da cinque persone o più | Euro 500,00 |

  

REGIONE CALABRIA

**DIPARTIMENTO LAVORO, FORMAZIONE, POLITICHE SOCIALI**

**PIANO AZIONE E COESIONE (PAC) CALABRIA 2014-2020**

**ASSE 10 – Inclusione sociale**

Obiettivo Specifico 9.1 “Riduzione della povertà, dell’esclusione sociale e promozione dell’innovazione sociale”

Linea di Azione 9.1.3 “Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica”

MISURA DI SOLIDARIETÀ CALABRIA

**AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA ALL’EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 DI CUI ALLA D.G.R. 44/2020 E D.D. N.6049 DEL 03/06/2020**

**Comune di MONTALTO UFFUGO**

AVVISO PUBBLICO

**per l’assegnazione dei buoni spesa**

**Modello di ISTANZA**

*Allegato 4.1*

 **Comune di MONTALTO UFFUGO**

 **Settore POLITICHE SOCIALI**

**Oggetto:** Misura di solidarietà Calabria - Erogazione di misure di sostegno e solidarietà in favore di nuclei familiari in difficoltà, anche temporanea, dovuta all’emergenza sanitaria da Covid-19 di cui alla DGR 44/2020 e D.D. n. 60492020 – D.G.M n. del Avviso pubblico del Comune di MONTALTO UFFUGO approvato con determinazione n. del - **Istanza per l’assegnazione dei buoni spesa.**

Il/la sottoscritto/a

*(cognome) (nome)*

nato/a a ( ) il

*(luogo di nascita) (prov.) (data)*

Cod. Fisc.: residente a

*(comune di residenza)*

( ) in n. civ. (*prov.) (indirizzo)*

Recapiti:

Telefono fisso/mobile

E-mail PEC (facoltativa)

CHIEDE

L’assegnazione del buono spesa in oggetto e, a tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false, mendaci e reticenti

DICHIARA

* che il nucleo familiare di appartenenza è costituito da n. persone, di cui n. a carico del dichiarante, tutti come identificati in tabella:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *nr.* | *cognome e nome* | *luogo di nascita* | *data nascita* | *rapporto parentela dichiarante* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

* che all’interno del nucleo familiare sono presenti n° minori da 0 a 3 anni;
* che all’interno del nucleo familiare sono presenti n° disabili;
* che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per l’erogazione di misure analoghe presso altro Comune calabrese ovvero presso altro Comune italiano;
* che, a causa delle misure di distanziamento sociale imposte per il contenimento dell’epidemia da Covid-19, il sottoscritto (o altro componente il nucleo familiare) ha subito le seguenti conseguenza, aventi decisive ripercussioni, anche temporanee, sull’effettivo sostentamento del nucleo familiare, come sopra individuato [*barrare e descrivere*]:

o perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare, SPECIFICARE:

o sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni, SPECIFICARE:

o impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell’obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate, SPECIFICARE:

o altro, SPECIFICARE:

* di non avere percepito per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), alla presente data, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati; *[oppure]* di aver percepito alla presente data, per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati, entro il limite di complessivi 780 euro, per un importo pari a € a titolo di ***[ipotesi di ammissione prioritaria]***

[*oppure*]

* di avere percepito alla presente data, relativamente al mese di 2020, a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare, redditi, contributi e/o sussidi, comunque denominati, nei limiti di 780,00 euro mensili e precisamente pari a € a titolo di ***[ipotesi di ammissione secondaria]*** [*oppure*]
* di non rientrare in alcuna delle due ipotesi precedenti ***[ipotesi di ammissione residuale]*** (*se comunque in possesso dei requisiti generali, il richiedente potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, solo in via residuale ed in presenza di economie)*

SI IMPEGNA

* all’utilizzo del buono spesa in conformità all’uso consentito per l’acquisto esclusivamente di generi alimentari, farmaceutici e di prima necessità secondo le modalità stabilite dal decreto regionale in oggetto e dall’Avviso pubblicato dal Comune di MONTALTO UFFUGO ;
* A conservare e ad esibire in caso di controllo la **fattura recante codice fiscale del titolare del buono**, da richiedere agli esercizi commerciali convenzionati dopo ogni acquisto, fatta eccezione in caso di acquisto di farmaci, per i quali è previsto uno scontrino semplice, senza codice fiscale, accompagnato da liberatoria dell’acquirente, in l’acquisto avvenuto con tale modalità di pagamento non costituisce una spesa sanitaria detraibile ai sensi del TUIR.

Alla presente allega:

* copia di un valido documento di identità e codice fiscale;
*
*

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di MONTALTO UFFUGO al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679. Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l’impossibilità da parte dell’Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data Firma

Consapevole che le presenti dichiarazioni saranno oggetto di successive verifiche e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.), il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

Luogo e data Firma