



# COMUNE DI COCCAGLIO

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI



Al Comune di COCCAGLIO (BS)

Ufficio Servizi Sociali

e-mail [servizisociali@comune.coccaglio.bs.it](mailto:servizisociali@comune.coccaglio.bs.it)

whatsapp 3346664749

**OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in questo comune in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**chiede**

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020;

**dichiara**

➤ che il proprio nucleo familiare è composto da:

COGNOME E NOME	POSIZIONE LAVORATIVA * (indicare in ogni cella il numero da 1 a 11 relativo ad una delle opzioni elencate sotto)	EVENTUALE IMPORTO MENSILE PERCEPITO

\* indicare in ogni cella il numero da 1 a 11 relativo ad una delle opzioni elencate sotto:

1. stato di disoccupazione in data successiva al 23 febbraio 2020; stato di inoccupazione;
2. stato di cassa integrazione;
3. stato di indennità di mobilità;
4. lavoratore autonomo/libero professionista con riduzione del proprio fatturato di almeno del 50%;
5. lavoratore autonomo/libero professionista con sospensione temporanea dell'attività in data \_\_\_\_\_

- successiva al 23 febbraio 2020;
6. dipendente con sospensione dal lavoro per almeno 30 giorni lavorativi consecutivi;
  7. dipendente part-time o tempo pieno;
  8. inabile al lavoro / Invalido civile;
  9. Pensionato
  10. Studente
  11. Altro (*specificare*)

➤ di vivere:

- in casa di proprietà/comodato d'uso gratuito
- in casa presa in affitto
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

➤ che attualmente fa parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno in quanto a fronte di una sensibile riduzione del reddito complessivo del nucleo familiare si trova a dover sostenere le seguenti spese:

- Canone di locazione di € \_\_\_\_\_ mensili; canone di locazione arretrati di € \_\_\_\_\_
- Rata mutuo acquisto prima casa di € \_\_\_\_\_ mensili; rate mutuo arretrati di € \_\_\_\_\_
- Fattura fornitura gas metano di € \_\_\_\_\_ in scadenza il \_\_\_\_\_
- Fattura fornitura energia elettrica di € \_\_\_\_\_ in scadenza il \_\_\_\_\_
- Fattura fornitura acqua di € \_\_\_\_\_ in scadenza il \_\_\_\_\_
- Spese utenze (metano, energia elettrica, acqua) arretrate di € \_\_\_\_\_ complessive;
- Spese telefoniche di € \_\_\_\_\_ in scadenza il \_\_\_\_\_
- Imposte e tasse (*specificare* \_\_\_\_\_) di € \_\_\_\_\_ in scadenza il \_\_\_\_\_
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_ in scadenza il \_\_\_\_\_

➤ che il proprio nucleo familiare si trova nell'impossibilità di accedere al proprio conto corrente e alle proprie risorse economiche perché temporaneamente congelati o non dispone di strumenti elettronici di gestione dei propri beni economici;

➤ che all'interno del proprio nucleo familiare siano presenti persone fragili con specifiche necessità alimentari (*indicare la persona* \_\_\_\_\_)

➤ che nessun membro del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico o che le forme di sostegno pubblico di cui usufruiva sono state sospese (*specificare quale forma* \_\_\_\_\_);

➤ o (*in alternativa al precedente punto*) che il nucleo familiare percepisce le seguenti forme di sostegno:

titolare	Tipo di sostegno *	Importo mensile

\*Sia, Rei, Reddito di cittadinanza, Naspi, indennità di accompagnamento, indennità di frequenza, altro (*specificare*)

➤ di non essere titolare di reddito derivante dal diritto di proprietà o da altro diritto reale su immobile ad uso abitativo diverso dalla prima casa;

- di aver percepito uno stipendio nel corso dell'ultimo mese di lavoro, risalente al mese di \_\_\_\_\_, pari ad € \_\_\_\_\_
- di avere i seguenti conti correnti bancari/postali o altra forma di patrimonio mobiliare (compresi investimenti):
  - Posta/Banca \_\_\_\_\_ saldo al 31.12.2019 o successivo di € \_\_\_\_\_
  - Posta/Banca \_\_\_\_\_ saldo al 31.12.2019 o successivo di € \_\_\_\_\_
- Se in possesso, di avere un ISEE in corso di validità di € \_\_\_\_\_

**Allega:**

- **copia estratti c/c bancari e postali**
- **copia attestazioni possesso di altri beni mobiliari (investimenti/polizze, ecc.)**
- **copia ultima busta paga disponibile**
- **fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. *anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (es. *INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma per esteso e leggibile)

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- .....
- .....

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
  - Buono economico del valore di € \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ componenti
  - Fornitura di n. \_\_\_\_\_ pasti domiciliari settimanali
  - Fornitura di n. \_\_\_\_\_ pacchi alimentari settimanali
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il beneficio decorre a partire dal giorno \_\_\_\_\_ e vale per la durata di un mese, fino pertanto al giorno \_\_\_\_\_

Li, .....

Il Responsabile del servizio

\_\_\_\_\_