



CITTA' DI TRAPANI

Provincia di Trapani

Medaglia d'Oro al Valor Civile

All' Ufficio Servizi Sociali
Comune di Trapani

Oggetto: Richiesta accesso al beneficio "Buoni Spesa Alimentari" ai sensi della D.G. n. 105 del 31/03/2020

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente a Trapani nella Via _____
Codice Fiscale _____ Telefono _____ Altro
eventuale telefono _____ domiciliato/a (SOLO se diverso dalla residenza) a
Trapani in Via _____ presso _____

CHIEDE

di poter accedere al beneficio dei "BUONI SPESA ALIMENTARI" previsto dalla Delibera di Giunta n.105 del 31/03/2020, e a tal fine, **consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e che si effettueranno verifiche sulle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:**

DICHIARA

1. che il nucleo familiare anagrafico è composto da n ____ persone di cui n ____ minori;
2. che all'interno del nucleo familiare:
 è presente
 non è presente
uno o più soggetti titolari di forme di sostegno pubblico al reddito (RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
3. che il nucleo familiare **NON** possiede patrimonio mobiliare, sotto forma di titoli di Stato, azioni, obbligazioni, quote di fondi comuni di investimento e depositi bancari e postali superiore a € 5.000,00;
4. che il reddito del nucleo familiare anagrafico comprensivo del dichiarante **relativo agli ultimi 30 (trenta) giorni a decorrere dalla presente dichiarazione a qualsiasi titolo percepito** ammonta ad € _____
riveniente da * _____

***VANNO DICHIARATI QUALI REDDITI PERCEPITI:** REDDITO DI CITTADINANZA, REDDITO DI INCLUSIONE, PENSIONE SOCIALE, PENSIONE DI VECCHIAIA, SOCIAL CARD, LAVORO DIPENDENTE, INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE.

**** SONO ESCLUSI DAI REDDITI PERCEPITI E NON VANNO DICHIARATI:** ASSEGNI PER IL NUCLEO FAMILIARE, ASSEGNI DI MATERNITÀ, INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO, PENSIONE DI INVALIDITÀ CIVILE, INDENNITÀ DI FREQUENZA, CONTRIBUTI INTEGRATIVI AL PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE, CONTRIBUTI PER I LIBRI DI TESTO E LE BORSE DI STUDIO;

DICHIARA

Altresì che la causa della presente difficoltà economica derivante dell'emergenza COVID-19 è la seguente:

- nucleo familiare monoreddito, derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito a zero ore ai sensi del DL 18/2020;



- nucleo familiare che non siano titolari di alcun reddito e nuclei familiari monoreddito, derivante da attività autonoma il cui titolare dell'attività abbia richiesto trattamento di sostegno al reddito ai sensi del DL 18/2020;
- nucleo familiare monoreddito derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito ai sensi del DL 18/2020 a ridotto orario di lavoro;
- nucleo familiare segnalati da soggetti del terzo settore non beneficiari di titolari di trattamenti pensionistici validi ai fini del reddito;
- nucleo familiare in carico ai servizi sociali, anche beneficiari del reddito di cittadinanza, sulla base dei bisogni rilevati nell'ambito dell'analisi preliminare o del quadro di analisi da effettuarsi a cura dell'Assistente Sociale di riferimento, con priorità per chi fruisce di un minore beneficio;
- Soggetti privi di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale;
- Altre (specificare) _____

In caso di concessione del beneficio dichiara di voler effettuare gli acquisti preferibilmente presso il seguente punto vendita alimentare:

Supermercato _____ **Via** _____

Incluso nell'elenco degli operatori economici accreditati dal Comune di Trapani e pubblicato sul sito istituzionale del Comune.

Allega alla presente istanza il seguente documento di riconoscimento:

- Carta di identità n. _____ data di rilascio _____ scadenza _____
- Patente di Guida n. _____ data di rilascio _____ scadenza _____
- Altro _____

(N.B. nel caso di istanza presentata on line il documento di riconoscimento non va allegato e dovrà essere esibito all'atto del ritiro del buono spesa unitamente alla sottoscrizione della domanda)

In fede
Il Richiedente



SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO
Non scrivere nella zona sottostante

1. Minimo vitale del nucleo familiare € _____
2. Redditi Dichiarati € _____
3. Risultanza del minimo vitale € _____

L'ISTANZA E' ACCOLTA (FIRMA) _____

L'ISTANZA E' RESPINTA (FIRMA) _____

Il Responsabile del Servizio vista l'istanza presentata, preso atto del risultato dell'istruttoria compiuta dal Responsabile del procedimento

ASSEGNA IL BENEFICIO DEL BUONO SPESA
NELLA MISURA ECONOMICA DI € _____

Il Responsabile del Servizio
