

DOMANDA DI ACCESSO "SOCIAL CARD COVID-19" - COMUNE DI FERRANDINA

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____) il ____/____/____
(cognome e nome in stampatello) (per gli stranieri indicare lo stato di nascita)

residente nel **Comune di Ferrandina** alla Via _____ Nr. _____

Tel. (casa) _____ (Cell.) _____

CHIEDE

La corresponsione del contributo "Social Card Covid-19", come predisposto dalla Regione Basilicata, rientrando nella platea dei beneficiari come da Linee Guida allegate alla D.G.R. n.221 pubblicata sul BUR in data 2 aprile 2020, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune in cui viene fatta la richiesta**
(per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea) di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità
 - non aver alcuna forma di reddito almeno dal 1° primo gennaio 2020 e fino alla data di richiesta di accesso al fondo**
 - di essere in carico ai Servizi Sociali**
 - di non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti pubblici (TIS, REI, RMI, SIA, PENSIONE, CIS, DISOCCUPAZIONE, NASPI, ETC.ETC.)**
 - (per chi percepisce altre forme di sostegno al reddito) di rientrare nella categoria dei casi eccezionali come da Linee guida regionali:**
 - **presenza di problemi di salute certificati di almeno un componente del nucleo familiare richiedente**
 - **presenza di almeno un minore fino a 12 anni**
 - **altro stato di indigenza da certificazione dei servizi dei sociali comunali**
 - essere l'unico adulto del proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) a presentare domanda di accesso al beneficio di che trattasi**
 - **che il proprio nucleo familiare si compone di n. componenti, di cui minori n.**
- In caso di erogazione del contributo, il sottoscritto si impegna a fornire idonea documentazione di spese sostenute (canone di locazione, bollette, spese farmaceutiche, acquisti di beni di prima necessità, etc. etc.)**

ALLEGA:

1. Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, infine:

- di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Ferrandina potrà effettuare controlli per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dallo stesso e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;
- di essere stato informato, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Ferrandina secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa;
- **di voler accreditare l'importo suddetto sul seguente IBAN:**

- se sprovvisti di conto corrente bancario la modalità di erogazione del contributo avverrà con quietanza presso la Tesoreria Comunale (BPER via Cavour). Si precisa che per ragioni dipendenti dalle varie Ordinanze Ministeriali la Banca ammetterà l'ingresso previo appuntamento telefonico.

Ferrandina, li _____

(firma leggibile)