

**DOMANDA DI CONTRIBUTO “RESTIAMO UNITI” II° avviso**

MISURE DI INTERVENTO FINALIZZATE AL SOSTEGNO DEI NUCLEI FAMILIARI RESIDENTI A CHIEVE IN DIFFICOLTA' ECONOMICA A CAUSA DEL PERDURARE DELL'EMERGENZA SANITARIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome	
Nato a	il
Residente a Chieve (CR) in via	
Tel.:	Cell.:
E-mail:	
Codice fiscale	

**CHIEDE LA CONCESSIONE DEL BENEFICIO, COME DA AVVISO, PER**

- MISURA 1
- MISURA 2
- MISURA 3
- MISURA 4
- MISURA 5 A
- MISURA 5 B
- MISURA 6

comunicando che il versamento dell'eventuale contributo dovrà essere effettuato tramite bonifico su conto corrente bancario/postale intestato a:

\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

ISTUTUTO \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare possiede i seguenti requisiti:

- Residenza a Chieve (CR)
- Cittadino italiano
- In possesso di un regolare permesso di soggiorno (solo per richiedenti extra UE)
- In possesso di un ISEE ordinario/corrente 2021 non superiore a € 26.000,00 e precisamente pari a € \_\_\_\_\_;

In alternativa:

- Autocertifica tale requisito di accesso e si impegna a presentare l'attestazione ISEE in corso di validità, entro e non oltre 60 giorni dalla presentazione della domanda (pena la decadenza della stessa);

Che il proprio nucleo familiare è complessivamente composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_\_\_ minori e n. \_\_\_\_\_ persone con disabilità con percentuale di invalidità \_\_\_\_\_% (allegare certificazione d'invalidità);

**Che il proprio nucleo familiare si trova in una situazione di particolare fragilità economica ed in particolare per:**

- Perdita del posto di lavoro avvenuta in data \_\_\_\_\_ (successivamente al 24/10/2020):  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_
  
- Riduzione dell'orario di lavoro almeno del 25% dal mese di Ottobre 2020 rispetto alle ore di lavoro svolte fino a Settembre 2020:  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ riduzione  
avvenuta in data \_\_\_\_\_ ore settimanali prima della riduzione \_\_\_\_\_ ore settimanali  
dopo la riduzione \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ riduzione  
avvenuta in data \_\_\_\_\_ ore settimanali prima della riduzione \_\_\_\_\_ ore settimanali  
dopo la riduzione \_\_\_\_\_
  
- Mancato rinnovo dei contratti a termine avvenuto in data \_\_\_\_\_ (successivamente al 24/10/2020):  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_
  
- Collocato in cassa integrazione (successivamente al 24/10/2020) ed in attesa di ricevere il trattamento economico:  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
dal mese di \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_
  
- Cessata erogazione dell'assegno di disoccupazione (successivamente al 24/10/2020)  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_ dal  
mese di \_\_\_\_\_
  
- Sospensione dell'attività libero-professionale con riduzione del fatturato registrato nell'anno 2020 uguale o superiore al 33% rispetto al fatturato maturato nello stesso periodo nell'anno 2019:  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_
  
- Cessazioni delle attività libero-professionale (successivamente al 24/10/2020)  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Del Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_
  
- Nascita di almeno un figlio avvenuta nel periodo tra il 01/03/2020 e il 31/08/2021  
nome e cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
nome e cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

- Famiglia con figli in età scolare (dall'asilo nido fino a studente universitario max. 25 anni) che ha dovuto affrontare maggiori spese per munirsi di strumenti tecnologici per la DAD e/o per conciliare lavoro e accudimento dei figli, nel periodo compreso tra marzo 2020 e giugno 2021
- Decesso a causa del Covid19 di un componente il nucleo familiare (dalla data del 21.02.2020):  
 Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
 Sig./Sig.ra (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Che il proprio nucleo familiare risulta già percettore dei seguenti benefici/interventi di sostegno (a titolo di esempio reddito e/o pensione di cittadinanza, reddito di emergenza, interventi di sostegno regionali per affitto/mutuo...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per un importo mensile pari a € \_\_\_\_\_

### DICHIARA INOLTRE

#### **Per la sola misura 1:**

- il mutuo corrisposto è pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
- il pagamento del mutuo non è stato sospeso;

Ovvero:

- La sospensione è avvenuta in data: \_\_\_\_\_ (successivamente al mese di ottobre 2020);

#### **Per la sola misura 2:**

- Di essere in possesso di un contratto di locazione nel libero mercato valido e registrato in data \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_ con scadenza in data \_\_\_\_\_ e con canone mensile (spese escluse) risultante dal contratto pari a € \_\_\_\_\_;
- Di non essere sottoposti a procedure di sfratto;
- Che i canoni sono stati tutti correttamente corrisposti;

Ovvero:

- I canoni sono stati correttamente corrisposti fino al mese di \_\_\_\_\_ (successivo al mese di ottobre 2020);

#### **Per la sola misura 3:**

- che le spese condominiali per le quali viene richiesto il presente contributo ammontano ad € \_\_\_\_\_ e riguardano la/e rata/e in scadenza al \_\_\_\_\_ (successive al mese di ottobre 2020);

#### **Per la sola misura 4:**

- che le spese per le utenze per le quali viene richiesto il presente contributo ammontano ad € \_\_\_\_\_ e riguardano fatture in scadenza al \_\_\_\_\_ (successive al mese di ottobre 2020);

**Per la sola misura 5:**

che la nascita del nuovo bimbo all'interno del nucleo familiare è avvenuta il \_\_\_\_\_

che per i figli (indicare di seguito I nominativi e le scuole frequentate nel periodo marzo 2020/giugno 2021)

sono state affrontate le seguenti spese (documentabili con pezze giustificative)

**Per la sola misura 6:**

che il decesso di un componente del nucleo familiare è avvenuto il \_\_\_\_\_ per causa del Covid19.

**A TAL FINE ALLEGA**

***DOCUMENTI DA ALLEGARE:***

- Copia del documento d'identità;
- Copia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno;
- Attestazione ISEE o autocertificazione con impegno a presentare attestazione ISEE entro 60 giorni dalla presentazione dell'istanza di contributo;
- Lettera di licenziamento
- Copia delle buste paga di Settembre 2020 e mesi successivi fino alla data di presentazione domanda
- Ultimo contratto scaduto e non rinnovato
- Documentazione che attesti l'attesa della Cassa Integrazione
- Estratto conto contributivo INPS per indennità mensile di disoccupazione NASpI
- Certificazione che comprovi la riduzione del fatturato
- Chiusura della partita IVA
- Pezze giustificative delle spese affrontate
  - Estratto di nascita e Certificato di morte verranno acquisiti d'ufficio.

## DICHIARA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE:

- Che potrebbe essere contattato anche da remoto dagli operatori del servizio sociale comunale per approfondimenti e/o per eventuali integrazioni documentali;
- Di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Chieve per lo svolgimento delle funzioni istituzionali connesse allo svolgimento delle attività di controllo, assegnazione e rendicontazione dei contenuti afferenti alla presente istanza, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Chieve;
- Delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- Che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

**Chieve, lì**

**Firma**

---

---