



COMUNE DI BEINASCO

Città Metropolitana di Torino
Piazza Alfieri, 7 - 10092 Beinasco

AREA DEI SERVIZI ALLA PERSONA – SETTORE POLITICHE EDUCATIVE E SOCIALI
Servizio Politiche Sociali e rapporti con strutture sanitarie

1^ piano- stanza 106 – Tel. 011-3989 379

e-mail: politichesociali@comune.beinasco.to.it PEC: protocollo@comune.beinasco.legalmail.it

MISURA URGENTE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

(ex decreto legge 23 novembre 2020, n. 154, articolo 2)

TICKET COVID19

DOMANDA DI AMMISSIONE

AVVERTENZA: compilare il modulo in ogni sua parte in stampatello leggibile e barrare solo le caselle interessate dalla dichiarazione

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL BENEFICIO AL NUCLEO

Il sottoscritto

COGNOME					NOME														
NATO A					PROVINCIA		IL												
RESIDENZA COMUNE BEINASCO	(Via/C.so/P.za)							N.											
Recapiti telefonici	Cellulare																		
	Fisso																		
Indirizzo email																			
CODICE FISCALE																			

in rappresentanza del nucleo familiare di appartenenza CHIEDE di essere ammesso/a alle misure straordinarie di solidarietà alimentare a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID-19 (ex DL n. 154/2020, art. 2), secondo quanto stabilito dalla deliberazione n.159 del 30/12/2020, n. 14 del 2/3/2021 e n. 74 del 30/7/2021, per la concessione di buoni spesa denominati "ticket Covid19", per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità (alimentari e farmacia) per il proprio nucleo familiare.

A tal scopo DICHIARA E AUTOCERTIFICA, sotto la propria responsabilità, per l'intero nucleo familiare anagrafico, (barrare la casella interessata e compilare i campi relativi):

1. di possedere, alla data del Bando:



- cittadinanza** italiana o di altro Stato UE _____
(specificare)
- cittadinanza extra UE _____ (specificare)
in possesso di regolare permesso di soggiorno n. _____ con
scadenza _____ rilasciato da _____

2. di essere **residente** nel Comune di Beinasco

3. che il proprio nucleo familiare, incluso il sottoscritto, è anagraficamente così composto:

COGNOME	NOME	RELAZIONE PARENTELA	MINORE (si/no)	DISABILE certificato (si/no)
1.		richiedente		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Sezione requisiti impatto economico da Covid-19 e disagio socio-economico

4. **che il proprio nucleo familiare**, esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza da virus Covid-19, **ha subito una riduzione del reddito familiare pari o superiore al 20%**, per le motivazioni sotto indicate, verificatesi far data dalla dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica COVID-19 (**da gennaio 2020**) e per le seguenti ragioni, a carico di _____ (specificare nome):

a. lavoratore dipendente a tempo indeterminato per cui si sia realizzata

- risoluzione del rapporto di lavoro
- sospensione dell'attività lavorativa con assenza di ammortizzatore sociale
- sospensione dell'attività lavorativa in attesa di ammortizzatore sociale

b. lavoratore dipendente a tempo determinato o con tipologie contrattuali flessibili per cui si sia realizzata

- conclusione del rapporto di lavoro in data _____

c. lavoratore intermittente o a chiamata per cui si sia realizzata

- riduzione dell'attività

d. lavoratore autonomo o partita IVA per cui si sia realizzata

- riduzione dell'attività in relazione all'emergenza

5. **che il proprio nucleo familiare**

- è in carico al Ci.di.S. o al Servizio** _____ (specificare)
con l'operatore _____



- NON è in carico** ad alcun Servizio Sociale, ma si trova comunque in particolari condizioni di disagio economico tali da pregiudicare l'autosufficienza alimentare per le seguenti motivazioni: _____

Altri requisiti

6. che egli o gli altri soggetti del proprio nucleo familiare:

- a. **NON usufruiscono di prestazioni assistenziali di sostegno al reddito¹**

b. usufruiscono delle seguenti prestazioni assistenziali di sostegno al reddito¹:

- _____
a favore di _____
per euro _____
- _____
a favore di _____
per euro _____
- _____
a favore di _____
per euro _____

7. **che** il proprio nucleo familiare **dispone** di **entrate** mensili, al netto delle spese per mutuo o affitto, **NON superiori a 800€ (incrementate di 200€ per ogni minore o disabile certificato, a carico)**

8. che il proprio nucleo familiare, alla data del **31 dicembre 2020**, **dispone di liquidità** su propri conti correnti bancari e postali², al lordo degli interessi, **NON superiore a:**

¹ *Quali Reddito o Pensione di Cittadinanza, trattamenti pensionistici validi ai fini del reddito, Naspi, indennità di mobilità, cassaintegrazione guadagni o analoga, reddito di emergenza, assistenza economica del Consorzio Cidis o altre forme di sostegno sociale previste*

² *Non si fa riferimento a conti correnti intestati ad aziende o società*



- a. 5.000 € in caso di nuclei di un solo componente
- b. 6.000 € in caso di nuclei di due componenti
- c. 7.000 € in caso di nuclei di tre componenti
- d. 8.000 € in caso di nuclei di quattro o più componenti.

9. esprime la seguente **preferenza** circa la modalità di utilizzo dei buoni spesa (*barrare una delle seguenti alternative*)

- uso dei buoni spesa in modalità **digitale** (App su smartphone)³
- fruizione dei buoni spesa con altre modalità (**PIN**)⁴

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di aver preso visione, letto e compreso, **l'Avviso pubblico** e di essere a conoscenza, ai fini del riconoscimento del beneficio richiesto con la presente domanda che, con la sottoscrizione e la presentazione della stessa, accetta tutte le disposizioni previste dalle modalità e termini del procedimento contenute nell'Avviso relativo, pubblicato sul Sito internet comunale;
- che la presente **autodichiarazione** è rilasciata ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni, decadrà anche dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui all'art.75 D.P.R.n.445/2000
- di aver preso visione, letto e compreso, l'informativa relativa a trattamento dei dati personali e diritti del dichiarante in materia di **privacy** e trasparenza amministrativa pubblicata con l'Avviso pubblico e di essere consapevole che il conferimento dei dati si configura come obbligo e che un eventuale rifiuto di fornire i dati comporta l'irricevibilità della domanda.

(Firma leggibile)

ALLEGATI (*obbligatorî*) alla presente domanda

- copia del documento d'identità** in corso di validità;
- per i cittadini di uno Stato extra Unione europea copia **permesso di soggiorno** in corso di validità o, in caso di permesso di soggiorno scaduto, copia richiesta di rinnovo;
- documentazione comprovante la presenza di **disabili** certificati (certificazione ASL);
- documentazione comprovante la modificata situazione reddituale** per effetto dell'emergenza sanitaria (es. buste paga, comunicazioni INPS, dichiarazione del datore di lavoro riguardante la cassa integrazione) (*precisare*) _____

³ Con i buoni spesa digitali si riceve, al numero indicato sulla domanda, un SMS con le indicazioni per scaricare l'APP "TODUBA" e le credenziali per accedere e come spendere i buoni spesa nei negozi aderenti all'iniziativa, dove basterà aprire l'APP e pagare alla cassa seguendo le indicazioni della stessa APP.

⁴ Chi NON può utilizzare il buono digitale tramite smartphone viene contattato successivamente, con chiamata al numero di telefono fisso indicato sulla domanda, per ricevere le istruzioni per il PIN necessario a spendere i buoni

