



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**



COMUNE DI ALTOFONTE

CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

Paese dell'Acqua e dell'Olio

AVVISO PUBBLICO

A favore dei soggetti facenti parte di nuclei familiari che si trovano in stato di bisogno, a causa dell'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, in ottemperanza a quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, è disposta l'assegnazione di

BUONI SPESA / VOUCHER PER L'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19 PER L'ACQUISTO DI BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS)

a valere sulle risorse messe a disposizione dal Programma Operativo FSE Sicilia 2014-2020, (Asse 2 Inclusionione Sociale - *Priorità di investimento 9.i*) - *Obiettivo specifico 9.1* - *Azione di riferimento 9.1.3*).

I buoni spesa/voucher per singolo nucleo familiare hanno **un valore unitario massimo** di:

- 300,00 € per un nucleo composto da una sola persona;
- 400,00 € per un nucleo composto da due persone;
- 600,00 € per un nucleo composto da tre persone;
- 700,00 € per un nucleo composto da quattro persone;
- 800,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone.

Il buono spesa/voucher sarà corrisposto per il mese di maggio 2020, ai nuclei familiari che si trovano in stato di bisogno, con le seguenti modalità e condizioni:

- l'istanza potrà essere validamente presentata dall'intestatario della scheda anagrafica del nucleo familiare, residente nel Comune, il cui nucleo familiare presenta le seguenti condizioni:

- a) non percepisce alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
 - b) non risulta destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
 - c) nucleo familiare destinatario di precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, per un importo inferiore rispetto ai valori unitari sopra riportati; in tal caso, allo stesso potrà essere attribuita la differenza tra l'importo massimo previsto dal presente Avviso e l'importo percepito a valere sui precedenti benefici;
- non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, superano i parametri economici prima indicati;
 - le risorse sono destinate "prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito di cittadinanza";
 - nel caso in cui le risorse dovessero risultare insufficienti, i parametri economici di riferimento, sopra indicati saranno ridotti proporzionalmente a tutti i nuclei familiari aventi diritto inseriti nell'elenco mensile;
 - i trattamenti assistenziali percepiti dai soggetti portatori di disabilità, quali per esempio l'indennità di accompagnamento, poiché compensano un'oggettiva e ontologica situazione d'inabilità che provoca in sé e per sé disagi e diminuzioni di capacità reddituale, sono da escludersi dal calcolo dei valori economici coinvolti dalle dichiarazioni di cui alle lettere a), b) e c) dell'istanza di accesso.

Il modello di istanza con dichiarazione (sotto riportata in modalità editabile) deve pervenire al Comune entro il **22 maggio 2020**, e può provvedersi:

prioritariamente a mezzo e-mail/PEC agli indirizzi protocollo@comune.altofonte.pa.it e comune.altofonte@gigapec.it

oppure,

- solo in caso di estrema difficoltà ad inviare e-mail / PEC, mediante prenotazione telefonica, chiamando il centralino del Comune al n. 091/6648226 – 393/4153190.

Il Comune condurrà verifiche a campione sulla veridicità delle istanze ricevute. Eventuali false dichiarazioni, oltre rispondere del reato di falso alle autorità competenti, faranno perdere al nucleo familiare destinatario ogni diritto in relazione al presente Avviso con obbligo di restituzione delle somme percepite.

Chiunque abbia difficoltà a compilare l'istanza, potrà, eventualmente, rivolgersi alle Associazioni del Terzo Settore e di Volontariato ubicate nel Comune, che potranno inviare la stessa istanza su delega del richiedente.

L'ammissione o l'eventuale esclusione al beneficio saranno comunicate dai servizi sociali. Entro due giorni lavorativi sarà possibile presentare osservazioni o reclami al Responsabile del Settore Amministrativo.

Altofonte, 13 maggio 2020

Il Funzionario
Responsabile del 1° settore
Santo Di Liberto
FIRMATO (*)

(*) Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa del Funzionario responsabile ai sensi della normativa vigente



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
 AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
 DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE
 E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

AI COMUNE DI ALTOFONTE

Il sottoscritto/a [_____], nato/a a [_____], il
 [_____], residente a [_____], Via
 [_____], Codice Fiscale [_____], Tel/Cell
 [_____], (e-mail [_____], PEC
 [_____]), nella qualità di intestatario della scheda anagrafica
 del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in
 caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
 emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti
 dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste
 dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile
 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali,

DICHIARA

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi
 diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del [13 maggio 2020] del Comune di Altofonte, relativo alle
 misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Altofonte
- essere in possesso dei sotto riportati requisiti a valere per il mese di maggio 2020;
- essere consapevole che in caso di insufficienza delle risorse a causa dell'elevato numero di istanze presentate, il valore complessivo dei buoni spesa/voucher da riconoscere sarà ridotto proporzionalmente per tutti i richiedenti;
- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto.)*

A	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
B	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
C	<i>(in alternativa al punto B)</i> essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato per un importo pari a € [_____] <i>(specificare l'importo);</i>

AVVERTENZE:

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, superano i seguenti parametri economici:

- 300,00 € per un nucleo composto da una sola persona;
- 400,00 € per un nucleo composto da due persone;
- 600,00 € per un nucleo composto da tre persone;
- 700,00 € per un nucleo composto da quattro persone;
- 800,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone.

Le risorse sono destinate "prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito dei cittadini", di cui alle precedenti lettere A e B.

I trattamenti assistenziali percepiti dai soggetti portatori di disabilità, quali per esempio l'indennità di accompagnamento, poiché compensano un'oggettiva e ontologica situazione d'inabilità che provoca in sé e per sé disagi e diminuzioni di capacità reddituale, sono da escludersi dal calcolo dei valori economici coinvolti dalle dichiarazioni di cui alle lettere a), b) e c) dell'istanza di accesso.

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
...					

- tra i componenti del nucleo familiare, individua quelli indicati ai precedenti punti n.
quali soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere a cura dell'Amministrazione Regionale.

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d'ora comunque,

CHIEDE

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di

BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS)

come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo di tali buoni per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza dal diritto ad ulteriori buoni spesa.

Il dichiarante assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data,

FIRMA

.....

A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE