

**Domanda di contributo ex art. 2 della OCDPC n. 658 del 29.03.2020**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in Maranzana via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con la presente **chiedo** di essere ammesso/a percepire il contributo in oggetto.

A tale scopo, consapevole delle responsabilità di legge per il caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000,

**DICHIARO:**

- che il nucleo familiare di cui faccio parte è composto da n. \_\_\_\_\_ persone e si trova in temporanea situazione di indigenza in quanto, a far data da marzo 2020, ha perso l'ordinaria e **unica** fonte di reddito e rientra nella categoria (*barrare la voce che interessa*)
  - o Lavoratori autonomi destinatari di prescrizione di sospensione dell'attività;
  - o Dipendenti, dei suddetti lavoratori autonomi, che abbiano perso il reddito per sospensione dell'attività;
  - o lavoratori stagionali/saltuari non occupati;
  - o lavoratori dipendenti di aziende che non anticipano la cassa integrazione ovvero altre forme di integrazione del reddito;
  - o lavoratori licenziati per sospensione dell'attività del datore di lavoro per Covid 19;
  - o percettore di Rdc di importo mensile inferiore a 100 per componente erogato ad integrazione di reddito non più percepito a causa del Covid.
  - o Soggetti privi di reddito che negli ultimi sei mesi non hanno fruito di contributi pubblici di natura assistenziale;  
(*barrare la voce che interessa*)
  - o Che non ricevo né ho diritto a alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
  - o Di ricevere i seguenti contributi pubblici (es. reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale : \_\_\_\_\_

**Mi impegno:**

- a non utilizzare i buoni spesa che mi saranno consegnati se non per l'acquisto di generi alimentari o di assoluta necessità;
- a non cedere in nessun caso i buoni a terzi;
- a fornire a questo comune ogni elemento, che mi verrà richiesto, utile a giustificare la mia richiesta;

Allego fotocopia documento di identità (*se impossibilitato Carta di Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_*)

Maranzana, il

FIRMA LEGGIBILE

---

## **CATEGORIE DI BENEFICIARI** ex art.2 comma 6 dell'Ordinanza

Nuclei famigliari residenti nel Comune di Maranzana che a causa dell'emergenza Covid 19 abbiano perso, a far data da marzo 2020, l'ordinaria unica fonte di reddito. A titolo esemplificativo nuclei con:

Lavoratori autonomi destinatari di prescrizione di sospensione dell'attività;

dipendenti, dei suddetti lavoratori autonomi, che abbiano perso il reddito per sospensione dell'attività;

lavoratori stagionali/saltuari non occupati;

lavoratori dipendenti di aziende che non anticipano la cassa integrazione ovvero altre forme di integrazione del reddito;

lavoratori licenziati per sospensione dell'attività del datore di lavoro per Covid 19;

percettore di Rdc di importo mensile inferiore a 100 per componente quando questo venga erogato ad integrazione di reddito non più percepito a causa del Covid 19.

Soggetti privi di reddito che negli ultimi sei mesi non hanno fruito di contributi pubblici di natura assistenziale;

Altre situazioni di particolare gravità valutate dai servizi.

**ESCLUSI:** i nuclei che non versano in condizioni oggettive di indigenza; che continuano a disporre di una qualunque fonte di reddito superiore a 100 € per componente, o percepiscano contributi pubblici, di importo mensile superiore a 100 € per componente.

I percettori di redditi "minimi" ricevano integrazione fino a limite di cui sopra con arrotondamento.