

Spett.
Ufficio Servizi Sociali
Comune di Bovolone (VR)

Domanda di accesso al Fondo Emergenza Covid-19 di cui alla DGR n. 442 del 07/04/2020
e
Autocertificazione rilasciata ai sensi degli Artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000

Il sottoscritto/a
nato/a il a
residente a BOVOLONE (VR) Via
e domiciliato in Via
codice fiscale

documento di riconoscimento (indicare se carta d'identità/patente ecc)
numero rilasciato da

permesso di soggiorno numero (per cittadini stranieri)
rilasciato in data da (ente che ha rilasciato il permesso)
eventuale data di scadenza permesso

numero/i di telefono
indirizzo/i e-mail

RICHIEDE

Di accedere al Fondo Emergenza Covid-19 di cui alla DGR 442 del 07/04/2020

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

D I C H I A R A

***** Composizione del nucleo familiare anagrafico *****
(persone residenti nello stesso stato di famiglia)

che il proprio nucleo familiare anagrafico è formato dalle seguenti persone:

Cognome e nome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)

***** Condizione abitativa *****

di vivere in abitazione di proprietà

che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione e che la rata mensile del mutuo ammonta ad €

che uno dei componenti il nucleo è proprietario/comproprietario di altre proprietà immobiliari. Nello specifico si dichiara che (specificare la persona titolare, la tipologia di proprietà e il bene posseduto)

di vivere in abitazione in affitto, con canone mensile di €

di trovarsi in condizione abitativa diversa dalla proprietà e dalla locazione. Nello specifico si dichiara che (chiarire se si vive in abitazione in comodato d'uso gratuito, se si è ospiti, se ci si trova in albergo/altra struttura e indicare, in quest'ultimo caso, la spesa mensile per l'accoglienza)

***** Risparmi *****

- Complessivamente, **i risparmi** dei componenti il nucleo familiare, prendendo a riferimento i saldi dei rapporti finanziari (conti correnti bancari o postali, libretti, carte prepagate, investimenti e tutto ciò che costituisce patrimonio mobiliare) **alla data del 31.08.2020** sono:

superiori a € 1.000,00

inferiori a € 1.000,00

***** Spese da affrontare *****

- **Spese da sostenere ogni mese:**

Tipologia	Importo (se non si conosce l'importo esatto mettere una cifra indicativa)

- Spese che ora non si riescono a sostenere causa Covid-19:

Tipologia	Importo

*** ***Tipologia di richiedente*** ***

Barrare solo una casella (nel caso di dubbio barrare la casella prevalente) e poi compilare solo la sezione corrispondente (vedi più sotto)

lavoratori che a causa del Covid-19 non hanno visto rinnovato il proprio contratto di lavoro ***(compilare la sezione A)***

lavoratori che a causa del Covid-19 hanno subito una forte riduzione dell'attività lavorativa ***(compilare la sezione B)***

persone che a causa del Covid-19 non hanno iniziato un lavoro programmato ***(compilare la sezione C)***

pazienti dimessi da ospedale in seguito a contagio Covid-19 che hanno dovuto/devono affrontare spesa per assistenza domiciliare ***(compilare la sezione D)***

persone dimesse da ospedale in seguito a contagio Covid-19 che hanno dovuto/devono assistere un congiunto non autosufficiente ***(compilare la sezione E)***

disabili, maggiorenni e minorenni, non in grado di provvedere a loro stessi assistiti da parenti per malattia o decesso dei genitori causa Covid-19. **In questo caso la domanda viene presentata dal disabile, da chi ne fa le veci o da un parente (compilare la sezione F)**

*** ***Sezioni*** ***

(compilare solo quella che corrisponde alla crocetta barrata su "tipologia di richiedente")

SEZIONE A – dati sul contratto di lavoro che non è stato rinnovato a causa del Covid-19 e sulle entrate

- Data inizio contratto di lavoro:

- Data fine contratto di lavoro:

- **Datore di lavoro:**

- **Entrate** (si intende tutte le entrate nette del nucleo familiare, es. stipendi, pensioni, contributi comunali, cassa integrazione, naspi, Reddito di Cittadinanza, eccetera..).

Nota: per ammortizzatori sociali si intende ad esempio Cassa Integrazione Guadagni, NaSpi, eccetera..

- gennaio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- febbraio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- marzo 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- aprile 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- maggio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- giugno 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- luglio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- agosto 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- settembre 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

.....

SEZIONE B – dati sulla riduzione di attività lavorativa causa Covid-19 e sulle entrate

- **Descrivere in che modo è stata ridotta l'attività lavorativa (es. riduzione di ore,)**

- **Entrate** (si intende tutte le entrate nette del nucleo familiare, es. stipendi, pensioni, contributi comunali, cassa integrazione, naspi, Reddito di Cittadinanza, eccetera..).

Nota: per ammortizzatori sociali si intende ad esempio Cassa Integrazione Guadagni, NaSpi, eccetera..

- gennaio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- febbraio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- marzo 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- aprile 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- maggio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- giugno 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- luglio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- agosto 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

- settembre 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

.....
SEZIONE C – dati sul contratto di lavoro che non è iniziato/formalizzato a causa del Covid-19 e sulle entrate

Tipologia di lavoro che non è iniziato:

Datore di lavoro:

Periodo di lavoro previsto: da a

Stipendio netto mensile previsto indicativamente: €

Note (scrivere delle precisazioni se lo si ritiene opportuno):

- **Entrate** (si intende tutte le entrate nette del nucleo familiare, es. stipendi, pensioni, contributi comunali, cassa integrazione, naspi, Reddito di Cittadinanza, eccetera..).

Nota: per ammortizzatori sociali si intende ad esempio Cassa Integrazione Guadagni, NaSpi, eccetera..

- gennaio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- febbraio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- marzo 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- aprile 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- maggio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- giugno 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- luglio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- agosto 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- settembre 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

.....
SEZIONE D – dati sulla dimissione in seguito a ricovero causa Covid-19, sulla spesa per l’assistenza domiciliare e sulle entrate

- **Nominativo/ della/e persona/e ricoverata/e causa Covid-19**

- **Data/e dimissione:**

- **Necessità di assistenza domiciliare a pagamento:** si no

- **Spesa per l’assistenza domiciliare sostenuta:** €

- Spesa per l'assistenza domiciliare ancora da sostenere fino a settembre 2020 €

- Data/e fine necessità di assistenza domiciliare a pagamento:

- **Entrate** (si intende tutte le entrate nette del nucleo familiare, es. stipendi, pensioni, contributi comunali, cassa integrazione, naspi, Reddito di Cittadinanza, eccetera..).

Nota: per ammortizzatori sociali si intende ad esempio Cassa Integrazione Guadagni, NaSpi, eccetera..

- gennaio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- febbraio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- marzo 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- aprile 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- maggio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- giugno 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- luglio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- agosto 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- settembre 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

.....

SEZIONE E – dati sulle persone dimesse da ospedale in seguito a contagio Covid-19 che hanno dovuto/devono assistere un congiunto non autosufficiente e sulle entrate del richiedente

- Data dimissione del richiedente o di altro componente del suo nucleo:

- Nominativo del congiunto non autosufficiente assistito:

- Nominativo della persona del nucleo familiare che ha fornito assistenza

- Grado di parentela/rapporto con il congiunto assistito:

- Eventuale spesa sostenuta o ancora da sostenere (dal richiedente o da altro componente del suo nucleo familiare) per assistere il congiunto: €

- Eventuale conseguenza negativa con impatto dal punto di vista economico per aver dovuto/dover assistere il congiunto (es. perdita di lavoro, riduzione orario di lavoro, ecc..)

- **Entrate** (si intende tutte le entrate nette del nucleo familiare del richiedente, es. stipendi, pensioni, contributi comunali, cassa integrazione, naspi, Reddito di Cittadinanza, eccetera..).

Nota: per ammortizzatori sociali si intende ad esempio Cassa Integrazione Guadagni, NaSpi, eccetera..

- gennaio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- febbraio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- marzo 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- aprile 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- maggio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- giugno 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- luglio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- agosto 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- settembre 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

.....

SEZIONE F – dati sui disabili, maggiorenni e minorenni, non in grado di provvedere a loro stessi assistiti da parenti per malattia o decesso dei genitori causa Covid-19 e sulle entrate.

- **Nominativo persona disabile e data di nascita:**

- **Nominativo genitori:**

- **Nominativo genitore/i deceduto/i causa Covid-19:**

- **Nominativo genitore/i ammalato causa Covid-19:**

- **Nominativo parente/i che hanno prestato o stanno prestando assistenza:**

- **Eventuale spesa sostenuta o ancora da sostenere per avere assistenza:** €

- **Entrate del nucleo familiare del disabile** (si intende tutte le entrate nette del nucleo familiare, es. stipendi, pensioni, contributi comunali, cassa integrazione, naspi, Reddito di Cittadinanza, eccetera..).

Nota: per ammortizzatori sociali si intende ad esempio Cassa Integrazione Guadagni, NaSpi, eccetera..

- gennaio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- febbraio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- marzo 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- aprile 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- maggio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- giugno 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

- luglio 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- agosto 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €
- settembre 2020 totale € di cui Ammortizzatori Sociali €

*** Note ***

(se si ritiene opportuno è possibile indicare delle note per meglio specificare la propria situazione inerente le aree di cui sopra)

Si dichiara, altresì, di essere consapevole che l'amministrazione comunale svolgerà delle verifiche (a tappeto o a campione) relative alle dichiarazioni rese e che sono previste sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Si autorizza al trattamento dei dati personali, nei modi previsti dalle disposizioni del Regolamento UE 676/2016 e nel D. Lgs. 196/2013 come modificato dal D. Lgs. 101/2018.

Bovolone, data

Firma
(Allegare valido documento di identità)