

Richiesta di accesso alla misura di sostegno per famiglie e persone in difficoltà "FONDO SOCIAL CARD COVID-19" approvata dalla Giunta Regionale della Basilicata il 27/03/2020.

Il/la sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____
nat_ a _____ il __/__/____ residente in _____
Via _____ n_ _____ Codice Fiscale _____
Cittadinanza _____ Recapito telefonico _____

CHIEDE

di accedere al "Fondo social card Covid-19" approvato in data 27/03/2020 dalla Giunta Regionale della Basilicata, rivolta a famiglie e persone in difficoltà economica seguite dai servizi sociali comunali.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Gorgoglione:
 - a) per i cittadini appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea si dovrà dimostrare il possesso del documento di regolarità di soggiorno in corso di validità;
 - b) per i cittadini non appartenenti a Paesi dell'Unione Europea necessita la dichiarazione attestante il possesso della carta di soggiorno ovvero permesso di soggiorno rilasciati ai sensi degli art. 5 e 9 del D.Lgs. n. 286 e s.m.i. del 25.07.1998, in corso di validità, o dichiarazione di avere presentato domanda di rinnovo con riserva di produzione del permesso ad avvenuto rilascio;
- Di non avere alcuna forma di reddito dal 1 Gennaio 2020 e fino alla data di richiesta di accesso al fondo;
- Di non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti Pubblici reddito di cittadinanza, pensionati, reddito minimo di inserimento regionale, ex copes- Tis, misure decreto cura, LSU, etc);
- Di avere nel proprio nucleo familiare almeno un minore di età non superiore ai 12 anni;
- Di avere nel proprio nucleo familiare un componente con problemi di salute certificati.
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ componenti
- che nessun altro dei predetti componenti del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la medesima finalità;
- di impegnarsi ad utilizzare il contributo per l'acquisto di beni e servizi di prima necessità, a titolo esemplificativo: beni alimentari di vario genere, prodotti per l'igiene personale, farmaci non rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale prescritti dal medico di base e/o dallo specialista, e farmaci da banco , bollette utenze domestiche .

Si allega copia documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

IL /LA DICHIARANTE
