28/04/21 AFFISSO ALBO PRETORIO AL NUMERO 170

COMUNE DI ROCCA D' ARCE

Provincia di Frosinone

VIA IV NOVEMBRE, 1
TELEFONO 0776 536263 FAX 0776 536420

C.F. 82006290603
P. IVA 1486880600

AVVISO PUBBLICO

EMERGENZA CORONA VIRUS (COVID-19) ASSEGNAZIONE BUONI SPESA A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTA' ECONOMICA AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 946 DEL 01.12.2020.

IL RESPONSABILE

IN ESECUZIONE della deliberazione della G.M. n° 14 del 25.03.2021, esecutiva ai sensi di legge, avente ad oggetto "Emergenza covid-19 atto di indirizzo per l'erogazione dei buoni spesa. Presa d'atto del contributo regionale e approvazione linee guida;

CONSIDERATO che la Regione Lazio con deliberazione della Giunta regionale n° 946 del 01.12.2020 ha stanziato fondi per la fornitura di buoni spesa per alimenti e medicinali ai nuclei familiari in difficoltà per far fronte all'emergenza Covid-19, assegnando per il Comune di Roccadarce la somma di € 3.094,24;

CONSIDERATO che il Comune di Roccadarce è parte a pieno titolo del Consorzio Aipes e come da indicazioni regionali sta operando in collaborazione con il Consorzio medesimo per l'emergenza sociale in atto;

CONSIDERATO che dette somme verranno destinate in modo urgente e tempestivo, come disposto dalla citata determinazione regionale n° 964 del 01.12.2020, Allegato A, per l'erogazione e assegnazione di buoni spesa a favore delle famiglie residenti nel Comune di Roccadarce in condizioni di contingente indigenza economica derivante dalla emergenza Covid-19;

RENDE NOTO

Che il presente Avviso Pubblico ha lo scopo di assegnare il contributo economico mediante Buoni Spesa da utilizzare negli esercizi commerciali convenzionati di Roccadarce per l'acquisto di beni di prima necessità e medicinali;

Che i criteri per l'erogazione dei Buoni Spesa come dettati dalla Regione Lazio ai sensi dell'Allegato A della Deliberazione regionale n° 946/2020, coordinati con quelli utilizzati da questo Ente nella gestione dei fondi concessi stabiliscono che i destinatari del contributo dovranno possedere i seguenti requisiti:

- Residenza/domicilio nel Comune in cui viene fatta la richiesta;
- Per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, il possesso di un permesso

di soggiorno in corso di validità;

- Essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali. Qualora si tratti di nuclei familiari non in carico ai servizi sociali questi acquisiranno l'autocertificazione di cui al successivo punto;
- Di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'emergenza derivante dalla epidemia da Covid-19, previa autocertificazione soggetta a successiva verifica che ne attesti lo stato;
- Non essere beneficiari di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da Enti pubblici (es. reddito di cittadinanza etc.) ad esclusione di quelle previste dalle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19. Solo in casi eccezionali è possibile procedere al contributo, previa certificazione dei servizi sociali competenti.
- I buoni spesa possono essere spesi sul territorio comunale presso gli esercizi commerciali convenzionati.
- Il buono spesa ha un valore di € 5,00 a persona/giorno, elevabile a € 7,00 in caso in cui il destinatario sia minore. Al fine di raggiungere il maggior numero di soggetti possibile, il massimo importo concedibile in buoni spesa per singolo nucleo familiare ammonta a € 100,00 a settimana.
- Le spese per medicinali sono riconosciute con riguardo alla situazione di disagio economico fino a un massimo di € 100,00 al mese così parametrato:

NUMERO COMPONENTI	IMPORTO BUONO SPESA
1	€ 20,00
2	€ 40,00
3	€ 60,00
4	€ 80,00
5 e oltre	€ 100,00

- I buoni spesa danno diritto all'acquisto di soli prodotti alimentari e/o medicinali, compresi quelli in promozione, e non comprendono:
  a. Alcolici (vino, birra e super alcolici vari),
  b. Alimenti e prodotti per animali;
  c. Arredi e corredi per la casa (es. stoviglie ecc.)
  d. Tabacchi, giochi in denaro, cosmetici, profumi, ricariche telefoniche;
  e. Deve essere speso esclusivamente presso gli operatori economici convenzionati con l'Ente non è utilizzabile quale denaro contante e non dà diritto a resto in contanti e non è cedibile;
  f. Comporta l'obbligo per il fruitore di regolare in contanti l'eventuale differenza in eccesso tra il valore facciale del buono ed il prezzo dei beni acquistati.

Le domande, redatte su modulo messo a disposizione del Comune di Roccadarce, corredate del documento di identità, dovranno pervenire entro il termine perentorio del **15.05.2021** utilizzando in modo alternativo una delle seguenti modalità:

1. Mail al seguente indirizzo roccadarce59@libero.it
2. Consegna diretta all'Ufficio Protocollo del Comune negli orari di apertura degli Uffici.

Il Responsabile dell'Area Amministrativa

(F.to Rag.Franco Dragonetti)

Al SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE

DI ROCCADARCE

__l__sottoscritto/a _____

nato/a a_____il_____

codice fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Carta Identità n°_____ rilasciata da_____

residente a_____ in via_____n°____

recapiti telefonici _____

indirizzo di posta elettronica _____

CHIEDE L'EROGAZIONE DEL
CONTRIBUTO STRAORDINARIO UNA TANTUM PER EMERGENZA COVID-19

A TAL FINE DICHIARA:

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti averità,

☐ **CHE IL NUCLEO FAMILIARE E' COMPOSTO DA:**
(IL NUCLEO FAMILIARE DICHIARATO DEVE ESSERE CORRISPONDENTE A QUELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA)
indicare nome cognome data di nascita e grado di parentela (madre, padre, figlio ecc.) e occupazione (studente, lavoratore, disoccupato, pensionato...)

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	OCCUPAZIONE

1. **DI AVERE LA CITTADINANZA**
   - ☐ ITALIANA
   - ☐ DI UNO STATO APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA
   - ☐ DI UNO STATO NON APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA, IN POSSESSO DI REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSODI VALIDITA'

2. **DI ESSERE BENEFICIARIO DEL REDDITO DI CITTADINANZA**
   - ☐ SI IMPORTO €_____
   - ☐ NO

3. **DI ESSERE BENEFICIARIO DELL'ASSEGNO DI DISOCCUPAZIONE**
   - ☐ SI IMPORTO €_____
   - ☐ NO

4. **DI ESSERE TITOLARE DI PARTITA IVA**
   - ☐ SI
   - ☐ NO

5. **DI ESSERE BENEFICIARIO DI PENSIONE (SPECIFICARE IL COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE TITOLARE DI PENSIONE)**
   - ☐ SI IMPORTO €_____
   - ☐ NO

6. **DI ESSERE BENEFICIARIO DI CASSA INTEGRAZIONE**
   - ☐ SI IMPORTO €_____
   - ☐ NO

7. **DI NON AVERE ATTUALMENTE DISPONIBILITA' FINANZIARIA PER PROVVEDERE AI BENI DI PRIMA NECESSITA'**
   - ☐ SI
   - ☐ NO

8. **DI AVERE NECESSITA'DI ACQUISTARE**

FARMACI	☐ **SI**	☐ **NO**
GENERI ALIMENTARI	☐ **SI**	☐ **NO**

DOCUMENTI DA ALLEGARE:
- CARTA D'IDENTITA'
- CODICE FISCALE

IL SOTTOSCRITTO SOTTOSCRIVENDO LA PRESENTE RICHIESTA DICHIARA:

- ✓ di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli a campione in merito alle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/00;
- ✓ di assumersi la responsabilità di informare repentinamente l'Ufficio dei Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede la prestazione;
- ✓ di aver preso visione della delibera di giunta comunale n 14 del 25.03.2021.

Luogo e data,_____ FIRMA_____