



COMUNE DI ACQUAVIVA COLLECROCE (CB)
Općina KRUČ (Molise)

P.zza Nicola Neri nr. 1 – 86030 Acquaviva Collecroce (CB)
Tel. 0875970270 Fax: 0875970128
C.F.: 82000270700 P. I.V.A. 00208840702

Prot.5834 del 24.12.2020

**EMERGENZA COVID – 19 –D.L. “RISTORI TER” N.154 DEL
23.11.2020 – FONDI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE**

AVVISO AI CITTADINI E RELATIVO MODULO DI DOMANDA

ART.1 – REQUISITI DI ACCESSO

L'avviso è rivolto a tutti i cittadini in possesso congiuntamente di tutti i seguenti requisiti:

- Di essere residente nel comune di Acquaviva Collecroce
- Di appartenere ad un nucleo familiare privo di reddito;

oppure

- di appartenere ad un nucleo familiare monoreddito il cui titolare di reddito ha subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del DPCM del 25.10.2020;

oppure

- di appartenere ad un nucleo familiare i cui titolari di reddito hanno subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del DPCM del 25.10.2020;
- non appartenere ad un nucleo familiare beneficiario di altro sostegno pubblico (cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza) il cui valore complessivo mensile per nucleo familiare, non è superiore ad €.200,00 nel caso composto da 1 sola persona, ad €.300,00 nel caso composto da 2 persone, ad €.400,00 nel caso composto da massimo 4 persone e ad €.600,00 nel caso composto da oltre 4 persone.

Per nucleo familiare si fa riferimento alla famiglia anagrafica come risultante dal quadro A della DSU presentata ai fini ISEE, ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5.12.2013.

ART. 2 – VALORE ED EROGAZIONE DEL BUONO SPESA

Il buono spesa è erogato una tantum per un importo massimo di €.400,00 e minimo di €.150,00, in relazione alla composizione del nucleo familiare, e precisamente secondo i seguenti parametri:

nucleo familiare composto da 1 sola persona	€ 150,00
nucleo familiare composto da 2 o più persone e senza figli	€ 250,00
nucleo familiare con 1 figlio a carico;	€ 300,00
nucleo familiare con 2 figli a carico;	€ 350,00

nucleo familiare con 3 o più figli a carico;	€ 400,00
--	----------

Il buono è costituito da ticket da taglio da €10,00 e da €25,00, spendibili più volte e fino ad esaurimento del suo valore, negli esercizi commerciali appositamente convenzionati con il Comune.

È consentito l'acquisto di generi alimentari e beni di prima necessità per la persona.

Non è consentito l'acquisto di alcolici e tabacchi.

Non sono vendibili, trasferibili, né cedibili a terzi, non convertibili in denaro contante.

I ticket sono rilasciati in forma cartacea dal comune, da ritirare personalmente, previa istruttoria delle domande.

Il ritiro materiale dei ticket equivale ad accettazione dell'importo concesso da parte del beneficiario.

ART. 3 – GRADUATORIA E CRITERI DI PRECEDENZA

Il buono spesa sarà concesso esclusivamente ai nuclei familiari, collocati in posizione utile nella graduatoria dei beneficiari, ovvero fino alla concorrenza massima del budget concesso dal Governo, pari ad €5.591,52.

L'ufficio competente del Comune, effettuata l'istruttoria delle domande pervenute, provvederà alla stesura della graduatoria sulla base sei seguenti criteri e sub criteri di valutazione ed in ordine decrescente di punteggio (dal punteggio più alto a quello più basso)

CRITERIO DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO
COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE	
nr. 1 componente	1
nr. 2 o più componenti senza figli	2
nucleo familiare con 1 figlio a carico	4
nucleo familiare con 2 figli a carico	6
nucleo familiare con 3 o più figli a carico	8
SITUAZIONE REDDITUALE	
Nucleo familiare privo di reddito	10
Nucleo familiare mono reddito il cui titolare di reddito ha subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del DPCM n. 25 del 25.10.2020	4
Nucleo familiare i cui titolari di reddito hanno subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020	2

A parità di punteggio sarà data precedenza ai nuclei familiari non percettori delle seguenti misure di sostegno pubblico, ed in subordine a quello con più figli a carico:

- cassa integrazione precedentemente riconosciuta, ovvero non riconosciuta per effetto del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;
- indennità di disoccupazione precedentemente riconosciuta, ovvero non riconosciuta per effetto del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;
- reddito di cittadinanza.

N.B.

Le operazioni di controllo sul possesso di requisiti di accesso, dichiarati dal richiedente nella domanda di concessione, saranno effettuate d'ufficio ai sensi degli art. 43 e 72 del DPR 445/2000.

ART. 4 – TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I cittadini in possesso dei requisiti di accesso, possono presentare domanda, utilizzando il relativo allegato al presente avviso, scaricabile sul sito del comune di Acquaviva Collecroce, oppure disponibile presso la sede comunale.

La domanda dovrà essere presentata entro e non oltre il 11.01.2021 alle ore 14.00 in una delle seguenti modalità:

- a mezzo email all'indirizzo comune.acquavivacollecroce@gmail.com
- a mezzo PEC all'indirizzo comune.acquavivacollecroceb@legalmail.it
- la domanda potrà altresì depositata al comune di Acquaviva Collecroce, negli orari d'ufficio, previa compilazione del modello di autocertificazione, che non rilascerà immediatamente il relativo numero di protocollo che potrà essere richiesto successivamente.

Alla domanda, dovrà essere allegato, a pena di esclusione, la copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente.

Saranno considerate inammissibili le domande:

- prive dei requisiti di accesso de cui all'art.1 dell'avviso;
- prive della documentazione richiesta;
- completate solo in parte e quindi incomplete;

L'incompletezza della domanda potrà, eventualmente essere sanata, ove ricorrono i presupposti, previa richiesta da parte dell'Ufficio comunale, entro il termine massimo di 2 giorno.

IL SINDACO
F.to (dott. Francesco TROLIO)



COMUNE DI ACQUAVIVA COLLECROCE (CB)
Općina KRUČ (Molise)

P.zza Nicola Neri nr. 1 - 86030 Acquaviva Collecroce (CB)
Tel. 0875970270 Fax: 0875970128
C.F.: 82000270700 P. I.V.A. 00208840702

Modello 1 - Covid-19

OGGETTO: EMERGENZA COVID – 19 – DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SPESA AI SENSI DEL D.L. “RISTORI TER” N.154 DEL 23.11.2020 E DELL’AVVISO PUBBLICO INDETTO DAL COMUNE DI ACQUAVIVA COLLECROCE

Il/la sottoscritto _____, codice fiscale _____, nato/a a _____, il _____ e residente in Acquaviva Collecroce (CB) alla _____, recapito telefonico _____, mail _____,

CHIEDE

La concessione del buono spesa in oggetto.

A tal fine, consapevole che tutti i requisiti di seguito indicati sono dichiarati ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000 e che l’ufficio competente del comune di Acquaviva Collecroce sottopone a controlli e verifiche il contenuto delle dichiarazioni secondo le modalità e le condizioni previste dagli art. 71 e 72 del DPR 445/2000 e che qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed incorre nelle sanzioni penali previste dall’art.76 del DPR 445/2000.

DICHIARA

(spuntare e compilare solo la parte che interessa)

- Di essere residente nel comune di Acquaviva Collecroce
- Di appartenere ad un nucleo familiare privo di reddito;

oppure

- di appartenere ad un nucleo familiare monoreddito il cui titolare di reddito ha subito sospensione e/o riduzione dell’orario di lavoro ai sensi del DPCM del 25.10.2020;

oppure

- di appartenere ad un nucleo familiare i cui titolari di reddito hanno subito sospensione e/o riduzione dell’orario di lavoro ai sensi del DPCM del 25.10.2020;

Che il proprio nucleo familiare

- non è beneficiario

oppure

- è beneficiario

di una o di più delle seguenti misure di sostegno pubblico precedentemente riconosciute al DL n.18 del 17.03.2020 e dal DL “RISTORI TER” n.154 del 23.11.2020:

- cassa integrazione;
- indennità di disoccupazione;
- reddito di cittadinanza;

per un importo il cui valore complessivo mensile per nucleo familiare, non è superiore ad €.200,00 nel caso composto da 1 sola persona, ad €.300,00 nel caso composto da 2 persone, ad €.400,00 nel caso composto da massimo 4 persone e ad €.600,00 nel caso composto da oltre 4 persone.

DICHIARA altresì

- che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ persone compreso il richiedente, di cui componenti a carico _____, e precisamente

Cognome	Nome	Codice fiscale	Rapporto di parentela/affinità con il richiedente	Professione (lavoratore, studente, disoccupato, pensionato ecc.)

DICHIARA altresì

- Di accettare incondizionatamente tutto quanto previsto nell'avviso in oggetto;
- Che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato la medesima domanda

ALLEGA

- Copia di un documento di riconoscimento
- Dichiarazione ISEE.

Acquaviva Collecroce, _____

Firma
