



Città di Matelica

Provincia di Macerata

ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI

FONDO SOLIDARIETA' ALIMENTARE E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'. RICHIESTA BUONO SPESA (EMERGENZA COVID - 19) - 3° BANDO.

➤ **BENEFICIARI**: È rivolto alle persone e le famiglie in condizioni di assoluto momentaneo disagio, residenti, domiciliati o abitualmente dimoranti nel Comune di Matelica.

Nel caso in cui i richiedenti siano residenti presso altro Comune, non potranno presentare la stessa istanza in due Comuni diversi.

Possono presentare domanda di buono spesa i nuclei familiari, anche monoparentali, in gravi difficoltà economiche, in cui risulta l'assenza temporanea di reddito da lavoro, con disponibilità finanziaria bancaria o postale di liquidità immediata fino a € 8.000 e che sono quindi impossibilitati nell'immediato a far fronte alle necessità di sostentamento del proprio nucleo familiare.

➤ **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**: Gli interessati dovranno presentare domanda solo a mezzo di posta elettronica all'indirizzo: **protocollo.comunematelica@pec.it** (ANCHE PER CHI NON POSSIEDE UN INDIRIZZO PEC)

IMPORTANTE SPECIFICARE NELL'OGGETTO DELLA MAIL: BUONO SPESA 3° BANDO

Solo ed esclusivamente chi sarà sprovvisto di indirizzo di posta elettronica potrà richiedere e consegnare alla portineria del Comune lo stampato del modulo di domanda cartaceo.

Si invita a inoltrare la richiesta UN'UNICA VOLTA, per non intasare l'Ufficio Protocollo del Comune.

Si potrà contattare l'Ufficio stesso allo 0737-781808 dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00, per verificare se la domanda è giunta a destinazione correttamente.

La domanda andrà compilata in tutte le sue parti, allegando copia del documento d'identità del dichiarante.

➤ **CRITERI**: La concessione del buono spesa avverrà con precedenza ai nuclei familiari **che non hanno già beneficiato del buono spesa COVID-19 nell'anno 2020**, erogato dal Comune di Matelica e che non risultano già assegnatari di sostegno pubblico (RdC, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria e in deroga, pensione di cittadinanza, Contributo autonomia sistemazione, Dis-Coll (Indennità di disoccupazione mensile). Non dovranno essere considerate le misure di sostegno INPS legate al COVID-19 (indennità 600/1.000 €, indennità COVID-19 per lavoratori domestici, reddito di emergenza, bonus baby sitting).

Verrà assegnato un punto cumulativo ai nuclei con le seguenti condizioni:

- Nuclei con minorenni;
- Nuclei che hanno al loro interno disabili riconosciuti;
- Nuclei con familiari che sostengono l'onere dell'affitto per l'abitazione di residenza o domicilio

NOTA BENE: per tutta la durata del Bando ciascun nucleo familiare potrà presentare un'unica istanza.

➤ **ENTITA' DEL BUONO SPESA**: L'entità del buono spesa potrà variare a seconda della composizione del nucleo familiare e della percezione o meno di altri sostegni pubblici, secondo le seguenti tabelle:

Tabella 1 – Nuclei al cui interno non ci sono componenti che percepiscono altri sostegni pubblici

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE	IMPORTO DEL BUONO
Nucleo composto da 5 persone e oltre	€ 300,00
Nucleo composto da 4 persone	€ 250,00
Nucleo composto da 3 persone	€ 200,00
Nucleo composto da 2 persone	€ 150,00
Nucleo composto da 1 persona	€ 100,00

Tabella 2 – Nuclei al cui interno ci sono componenti che percepiscono altri sostegni pubblici fino a € 600,00



Città di Matelica

Provincia di Macerata

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE	IMPORTO DEL BUONO
Nucleo composto da 5 persone e oltre	€ 150,00
Nucleo composto da 4 persone	€ 120,00
Nucleo composto da 3 persone	€ 100,00
Nucleo composto da 2 persone	€ 80,00
Nucleo composto da 1 persona	€ 60,00

Qualora residuassero risorse, si provvederà all'assegnazione di un ulteriore buono in misura proporzionale alle risorse residue e all'entità del buono originario, nel rispetto della graduatoria in essere.

Nell'impossibilità del beneficiario di effettuare la spesa autonomamente (persone anziane/disabili/persone in quarantena e senza rete familiare), sarà previsto l'Istituto della delega oppure si procederà tramite i volontari della protezione civile alla consegna a domicilio.

Le famiglie potranno spendere i buoni solo per l'acquisto di prodotti alimentari e beni di prima necessità, compresi i farmaci, presso gli esercizi commerciali che hanno aderito alla richiesta di questo Comune e che sono riportati nel modulo di domanda.

Le preferenze specificate nella domanda riferite alla scelta degli esercizi commerciali e del taglio dei buoni, non potranno essere modificate dopo l'invio della domanda.

I richiedenti saranno contattati dall'Ufficio Servizi Sociali per comunicare l'esito della domanda e l'eventuale modalità del ritiro del buono spesa.

➤ **DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE:** Modulo di domanda prestampato reperibile sul sito internet del Comune di Matelica all'indirizzo www.comune.matelica.mc.it/primopiano, con allegato il documento d'identità del richiedente.

➤ **TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:** Sono state previste due finestre temporali per presentare **UN'UNICA DOMANDA** (coloro che hanno fatto richiesta del buono spesa nella prima finestra, non possono ripresentarla nella seconda):

- I° finestra: dal 2 Dicembre al 12 Dicembre 2020 alle ore 13:00 (CHIUSA);
- II° finestra: dal 7 Gennaio al 30 Gennaio 2021 alle ore 13:00.

➤ **CONTROLLI:** L'Ufficio Servizi Sociali, si riserva di effettuare gli opportuni controlli in ordine alla veridicità delle dichiarazioni riportate nel modulo di domanda.

➤ **INFORMAZIONI:** Per ogni ulteriore informazione, riferita al Bando dei Buoni Spesa, gli interessati potranno contattare i seguenti numeri telefonici - 0737-781841 – 0737-781844, **dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00.**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE:

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Matelica e la persona Responsabile del trattamento è il Sindaco Massimo Baldini. I dati personali forniti:

- sono protetti ai sensi del Reg. UE n. 679/2016;
- sono raccolti ed utilizzati sia con mezzi elettronici o comunque automatizzati e sia con mezzi cartacei, solo per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del buono richiesto, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o dal regolamento;
- possono essere comunicati a soggetti istituzionali solo nei casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, disciplinanti l'accesso o l'erogazione dei servizi richiesti;
- possono essere utilizzati per la verifica dell'esattezza e della veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Matelica, li 04.01.2021

F.TO L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI
(Rosanna Procaccini)





Città di Matelica

Provincia di Macerata

AL COMUNE DI MATELICA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

protocollo.comunematelica@pec.it

(INDIRIZZO ABILITATO ANCHE ALLA RICEZIONE DI E-MAIL ORDINARIA)

OGGETTO: Fondo Solidarietà Alimentare e prodotti di 1° necessità. Richiesta BUONO SPESA (Emergenza COVID-19) - 3° BANDO.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ___/___/_____
cittadinanza _____ codice fiscale _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____ Cellulare (OBBLIGATORIO) _____
Indirizzo e-mail _____

Per le persone domiciliate o abitualmente dimoranti nel Comune di Matelica indicare:

Via _____ n. _____
per motivi (es. studio, lavoro ...) _____

DICHIARA:

- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;
- DI ESSERE CITTADINO STRANIERO, REGOLARMENTE SOGGIORNANTE, IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO;
- DI ESSERE CITTADINO STRANIERO PRIVO DI UN TITOLO DI SOGGIORNO;
- DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE HA GIA' BENEFICIATO DEL BUONO SPESA COVID-19 NELL'ANNO 2020 EROGATO DAL COMUNE DI MATELICA SI NO
- CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NESSUN COMPONENTE HA PRESENTATO RICHIESTA DI BUONO SPESA NÉ PRESSO CODESTO COMUNE NÉ ALTRO COMUNE;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, CONFORMEMENTE A QUANTO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA DEPOSITATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI MATELICA, RISULTA COMPOSTO DA N° _____ COMPONENTI DI CUI:
N° _____ MINORENNI CON ANNI INFERIORI AI 18;
N° _____ COMPONENTI DISABILI O INVALIDI (con riconoscimento di certificazione Inps della L.104/92 e/o percentuale di invalidità civile);
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISIEDA IN UN ALLOGGIO IN LOCAZIONE (AFFITTO) CON REGOLARE CONTRATTO:
SI NO
- CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISULTA L'ASSENZA MOMENTANEA DI REDDITO DA LAVORO E CHE LO STESSO NON È TITOLARE COMPLESSIVAMENTE DI DEPOSITI BANCARI E/O POSTALI O DI CONTO CORRENTI BANCARI E/O POSTALI CON DISPONIBILITA' DI LIQUIDITA' SUPERIORE A € 8.000,00 ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON BENEFICIA DI ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE BENEFICIA DI ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO:
 FINO A € 600,00 MENSILI OLTRE A € 600,00 MENSILI

Nello specifico:

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reddito di Cittadinanza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cassa integrazione guadagni ordinaria e in deroga
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pensione di Cittadinanza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Naspi
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Contributo autonoma sistemazione (C.A.S.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indennità di mobilità
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dis-Coll (indennità di disoccupazione mensile)	Altro (specificare)	

* Non dovranno essere considerate le misure di sostegno INPS legate al COVID-19 (es. Indennità 600/1.000 €, indennità COVID 19 per lavoratori domestici, reddito di emergenza, Bonus Baby-sitting)

DICHIARA INOLTRE:

•DI TROVARSI NELLA SEGUENTE CONDIZIONE CAUSATA DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO (COVID-19),
DESCRIVERE BREVEMENTE:

(Es. perdita del lavoro, riduzione dell'orario di lavoro, sospensione dell'attività lavorativa per effetto delle disposizioni legislative ecc.)

.....
.....
.....
.....

consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445);

CHIEDE:

Di accedere all'assegnazione del buono spesa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale legato anche alla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (covid-19).

INDICARE GLI ESERCIZI COMMERCIALI PRESSO I QUALI SI INTENDE UTILIZZARE IL BUONO SPESA, ESCLUSIVAMENTE TRA QUELLI CHE HANNO ADERITO E SOTTO INDICATI: (almeno 2 scelte massimo 3)

<input type="checkbox"/>	SUPERMERCATO COAL di Maurizio Palombi	<input type="checkbox"/>	PANIFICIO L'ANTICA TRADIZIONE di A.M. Rinaldi
<input type="checkbox"/>	OASI	<input type="checkbox"/>	PANIFICIO di Gabrio Conforti
<input type="checkbox"/>	SUPERMERCATO CRAI di Paola Gagliardi	<input type="checkbox"/>	IL PANE DI GAGLIOLE di Vanni Valci
<input type="checkbox"/>	MADIS-PA-PIRI Società Cooperativa	<input type="checkbox"/>	PASTA FRESCA LILLO di Dignani Francesco
<input type="checkbox"/>	GILA CARNI di Laura Gabrielli	<input type="checkbox"/>	G.M.A. Ristorazione srl
<input type="checkbox"/>	COOPERATIVA CARNI BOVINE S. VICINO	<input type="checkbox"/>	ACQUA E SAPONE
<input type="checkbox"/>	SALUMIFICIO BARTOCCI	<input type="checkbox"/>	FARMACIA CENTRALE di Giovanna Ferracuti & C. snc
<input type="checkbox"/>	LA BUONA TAVOLA di Giuseppina Gubinelli	<input type="checkbox"/>	FARMACIA COMUNALE
<input type="checkbox"/>	ORTOFRUTTA di Giuseppina Traballoni	<input type="checkbox"/>	PARAFARMACIA di Paola Procaccini
<input type="checkbox"/>	ORTOFRESCO di Fabrizio Boarelli	<input type="checkbox"/>	SALUS di Valentina Bosco

-I buoni saranno suddivisi in tagli da 30-50-100 €

-SPECIFICARE EVENTUALI PREFERENZE RELATIVE ALLA SUDDIVISIONE DEI BUONI:

.....
Le preferenze non potranno essere modificate al fine di un'adeguata organizzazione nell'erogazione dei buoni.

IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ A RITIRARE IL BUONO E/O A RECARSI PRESSO L'ESERCIZIO COMMERCIALE PER USUFRUIRE DELLA SPESA, IL/LA SOTTOSCRITTO/A DELEGA:

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ () il ____/____/____ codice fiscale _____

(Per usufruire del buono spesa sarà necessario esibire la propria tessera sanitaria presso l'esercizio commerciale)

Con la presente dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa

Data

Firma

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'
PERMESSO DI SOGGIORNO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO