



ALLEGATO A)
D.G.C. 09/2021

COMUNE DI SOLERO

Piazza Libertà, 1 - c.a.p. 15029 - Telefono (0131) 217213 - Fax (0131) 217720

Codice fiscale e partita i.v.a. n. 00411440068

www.comune.solero.al.it

AVVISO PUBBLICO PER L'ADOZIONE DI MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

In ottemperanza al Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154 con il quale sono state assegnate ai comuni nuove risorse per attuare misure urgenti di solidarietà alimentare quale forma di ristoro delle difficoltà economiche dovute alla pandemia da Covid 19

Tutti i cittadini che pensano di avere titolo possono presentare domanda al Comune di Solero per ricevere un buono spesa settimanale di importo variabile secondo i criteri adottati con deliberazione di Giunta Comunale n. 9 del 02.02.2021 come segue:

FASCIA A

Criteri:

- ***Trovarsi in stato di disoccupazione temporanea a seguito di emergenza Covid***
- *Non avere sul proprio c/c bancario o postale o di altri componenti il nucleo familiare importi complessivamente superiori a € 6.000*
- *Non avere percepito complessivamente il nucleo familiare, nei 10 mesi precedenti la richiesta, reddito da lavoro netto superiore a € 10.000*
- *Non essere percettore di ammortizzatori sociali*
- *Non essere percettore di Reddito di Inclusione*
- *Percepire reddito di inclusione inferiore a 100 € mensili*
- *Non essere percettore di reddito di cittadinanza*
- *Percepire reddito di cittadinanza inferiore a 100 € mensili*
- *Non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti*
- *Percepire aiuti economici nel corrente mese da altro soggetto (specificare) per un importo non superiore a € 100 mensili*

FASCIA B

Criteri:

- ***Trovarsi in difficoltà economica a seguito emergenza Covid o in stato di bisogno***
- *Non avere sul proprio c/c bancario o postale o di altri componenti il nucleo familiare importi complessivamente superiori a € 6.000*
- *Aver percepito, nei 10 mesi precedenti la richiesta, redditi del proprio nucleo familiare complessivamente inferiori a:*

<i>composizione nucleo familiare</i>	<i>Importo reddito</i>
<i>1 persona</i>	<i>€uro 5.500,00</i>
<i>2 persone</i>	<i>€uro 8.000,00</i>
<i>3 persone</i>	<i>€uro 10.500,00</i>
<i>4 persone</i>	<i>€uro 13.000,00</i>
<i>5 o + persone</i>	<i>€uro 15.000,00</i>



ALLEGATO A)
D.G.C. 09/2021

COMUNE DI SOLERO

Piazza Libertà, 1 - c.a.p. 15029 - Telefono (0131) 217213 - Fax (0131) 217720

Codice fiscale e partita i.v.a. n. 00411440068

www.comune.solero.al.it

I buoni possono anche essere assegnati a famiglie segnalate dai servizi sociali o per situazioni improvvise di momentanea difficoltà.

Prioritariamente i buoni spesa vengono assegnati a coloro che possiedono i requisiti per la fascia A.

Chi dichiara il falso, oltre ad essere immediatamente escluso dai benefici, verrà denunciato nelle sedi competenti.

L'istanza corredata dalla copia del documento di identità andrà:

- presentata esclusivamente con il modello allegato scaricabile dal sito istituzionale dell'ente: www.comune.solero.al.it ; copia cartacea sarà disponibile nella bacheca esterna al comune
- depositata nella cassetta postale all'ingresso degli uffici comunali
- inviata via mail ai seguenti indirizzi: info@comune.solero.al.it oppure tecnico@comune.solero.al.it accompagnata dalla scansione di un documento di identità di chi la presenta.
- consegnata al protocollo durante l'orario di apertura degli uffici, previo appuntamento telefonico al numero 0131 217213.

I buoni spesa verranno consegnati direttamente agli aventi diritto previo appuntamento telefonico presso gli uffici comunali.

Ogni famiglia potrà presentare una sola istanza.

Questa amministrazione rilascerà ad ogni famiglia che ne ha titolo un **buono spesa settimanale**, fino a quando le somme trasferite saranno disponibili secondo questa tabella:

FASCIA A **Importo buoni spesa:**

- Euro 50,00 per famiglie di 1 componente;
- Euro 75,00 per famiglie di 2 componenti;
- Euro 100,00 per famiglie di 3 componenti;
- Euro 125,00 per famiglie di 4 componenti;
- Euro 150,00 per famiglie di 5 componenti o più.

La somma sarà incrementata di Euro 50 qualora siano presenti situazioni di particolare fragilità tra i quali: presenza di figli minori di anni 3, intolleranze alimentari, disabilità gravi.

La somma massima erogabile è di Euro 200,00 settimanali.



ALLEGATO A)
D.G.C. 09/2021

COMUNE DI SOLERO

Piazza Libertà, 1 - c.a.p. 15029 - Telefono (0131) 217213 - Fax (0131) 217720
Codice fiscale e partita i.v.a. n. 00411440068
www.comune.solero.al.it

FASCIA B

Importo buoni spesa:

- Euro 35,00 per famiglie di 1 componente;
- Euro 60,00 per famiglie di 2 componenti;
- Euro 80,00 per famiglie di 3 componenti;
- Euro 110,00 per famiglie di 4 componenti;
- Euro 130,00 per famiglie di 5 componenti o più.

La somma sarà incrementata di Euro 35 qualora siano presenti situazioni di particolare fragilità tra i quali: presenza di figli minori di anni 3, intolleranze alimentari, disabilità gravi.

La somma massima erogabile è di Euro 165,00 settimanali.

Le famiglie potranno spendere questi buoni **esclusivamente per l'acquisto di beni alimentari, igiene personale e prima necessità, è vietato l'acquisto di bevande alcoliche e superalcolici, tabacchi, articoli di cancelleria e cartoleria** presso i seguenti esercizi commerciali:

- ALIMENTARI DA MICOL E LORENZO di Demartini Micol, via Asilo 1 Solero (AL)
- IL FORNO di Falzoi Fabiano & C., via Conte Cristiani 11 Solero (AL)
- SUPERMARKET FRANCHINO di Guazzotti Franco & C., via Roma 18 Solero (AL)

L'elenco degli esercizi potrà essere integrato in base a nuove adesioni con atto del Responsabile del Servizio Socio Assistenziale.

Il presente bando rimarrà valido fino all'esaurimento delle somme disponibili.

Informazioni potranno essere richieste al Comune di Solero telefonicamente al nr. 0131 217213 o a mezzo mail a info@comune.solero.al.it oppure tecnico@comune.solero.al.it

Il Sindaco
Giovanni Ercole

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE
DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19**

*In attuazione Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154
(approvata con deliberazione Giunta Comunale n. 9 del 02.02.2021)*

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Tel. fisso _____ Tel. cellulare _____

E mail _____ Carta Identità n° _____

Rilasciata da _____ in data _____

Consapevole delle conseguenze penali in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di autocertificazione

DICHIARA

1. Di essere di sesso ☐ M ☐ F e di nazionalità _____
2. Di essere nato/a _____ prov. (_____) il _____
3. Di essere residente in _____ Via _____ n° _____
4. Di trovarsi nella **seguinte situazione emergenziale** Covid 19 (es: interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo uno/due mesi a causa Covid 19);
descrivere brevemente la situazione:

Dichiara inoltre: (barrare le voci che interessano)

FASCIA A

(da compilare solo se in stato di disoccupazione temporanea a seguito di emergenza Covid)

Criteri:

- ☐ **Trovarsi in stato di disoccupazione temporanea a seguito di emergenza Covid**
- ☐ **Non avere sul proprio c/c bancario o postale o di altri componenti il nucleo familiare importi complessivamente superiori a € 6.000**
- ☐ **Non avere percepito complessivamente il nucleo familiare, nei 10 mesi precedenti la richiesta, reddito da lavoro netto superiore a € 10.000**
- ☐ **Non essere percettore di ammortizzatori sociali**

- ☐ *Non essere percettore di Reddito di Inclusione*
- ☐ *Percepire reddito di inclusione inferiore a 100 € mensili*
- ☐ *Non essere percettore di reddito di cittadinanza*
- ☐ *Percepire reddito di cittadinanza inferiore a 100 € mensili*
- ☐ *Non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti*
- ☐ *Percepire aiuti economici nel corrente mese da altro soggetto (specificare) per un importo non superiore a € 100 mensili*

FASCIA B
(da compilare solo se in difficoltà economica a seguito emergenza Covid o in stato di bisogno)

Criteri:

- ☐ ***Trovarsi in difficoltà economica a seguito emergenza Covid o in stato di bisogno***
- ☐ *Non avere sul proprio c/c bancario o postale o di altri componenti il nucleo familiare importi complessivamente superiori a € 6.000*
- ☐ *Aver percepito nei 10 mesi precedenti la richiesta, redditi complessivi del proprio nucleo familiare complessivamente inferiori a:*

<i>composizione nucleo familiare</i>	<i>Importo reddito</i>
☐ <i>1 persona</i>	<i>€uro 5.500,00</i>
☐ <i>2 persone</i>	<i>€uro 8.000,00</i>
☐ <i>3 persone</i>	<i>€uro 10.500,00</i>
☐ <i>4 persone</i>	<i>€uro 13.000,00</i>
☐ <i>5 o + persone</i>	<i>€uro 15.000,00</i>

che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/lla sottoscritto/a, sono i seguenti:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Riferimenti della ditta ove è occupato (nome, sede, recapito telefonico)

La presenza di particolari condizioni che accrescono il livello di fragilità familiare (presenza di minori al sotto di anni tre; intolleranze alimentari; grave disabilità, ecc.)

A corredo della presente il sottoscritto dichiara altresì che tutti i componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate e di essere economicamente impossibilitato all'acquisto di generi di prima necessità.

Il beneficio massimo a nucleo familiare è stabilito in €uro 200,00 settimanali per la fascia A e in €uro 165,00 per la fascia B.

A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Conseguenze dichiarazione mendace:

ai sensi dell'articolo 75 del testo unico, "qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera"

Si allega copia della carta d'identità del richiedente

Data _____

Firmato
