

Al Dirigente Settore Servizi al Cittadino  
Viale dell'Università,10  
[emergenzacovid@comunebn.it](mailto:emergenzacovid@comunebn.it)  
Whats App - Utenza telefonica n. 3791973004

**RICHIESTA VOUCHER SOCIALI PER ACQUISTO GENERI ALIMENTARI E  
PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' PER PERSONE IN DIFFICOLTA'**

**- EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA VIRUS COVID-19 -**

*(ordinanza Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020 – delibera di G.C. n. 57 del  
30.03.2020)*

**ISTANZA DICHIARAZIONE**

**( AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a

|   |                         |                       |                        |
|---|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Cognome</b>  | <b>Nome</b>             | <b>Codice fiscale</b> |                        |
|   |                         |                       |                        |
| <b>Telefono fisso</b>   | <b>Luogo di nascita</b> |                       | <b>Data di nascita</b> |
|   |                         |                       |                        |
| <b>Residente a</b>  | <b>Via/Piazza</b>       |                       | <b>Nr. civico</b>      |
| BENEVENTO   |                         |                       |                        |
| <b>Indirizzo mail</b>   |                         |                       |                        |
|   |                         |                       |                        |
| <b>Numero di telefono cellulare ( obbligatorio) ove essere contattato</b> |                         |                       |                        |
|   |                         |                       |                        |

**CHIEDE**

Di accedere al beneficio dei voucher sociali di cui all'Avviso Pubblico pubblicato in data 31.03.2020

**A TAL FINE**

*Consapevole 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) in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti*

**DICHIARA**

**( barrare la casella corrispondente)**

1) **che a causa dell'emergenza epidemiologica da virus Covid-19, non ha la possibilità di sostenere le spese alimentari e di prima necessità per se stesso e per il proprio nucleo familiare per le seguenti motivazioni:**

---

---

---

---

---

---

---

---

2) **Che il nucleo familiare è così composto:**

| <b>Cognome</b> | <b>Nome</b> | <b>Luogo e Data di nascita</b> | <b>Rapporto di parentela con il richiedente</b> |
|----------------|-------------|--------------------------------|---|
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |
|                |             |                                |   |

**3)**

**di essere stato costretto per effetto dei DPCM del 9 e 23 marzo (emergenza Covid-19) a:**

interrompere  sospendere  chiudere

la propria attività imprenditoriale, artigianale, commerciale, ecc.;

indicare l'attività (ragione sociale e se in possesso partita IVA):

---

Oppure

**di essere impedito per effetto dei DPCM del 9 e 23 marzo (emergenza Covid-19)** a svolgere la propria attività lavorativa di natura:

Precaria     Saltuaria     Stagionale;

oppure

**di non avere diritto**, come lavoratore a Partita IVA, all'Indennità COVID-19 ovvero al Bonus 600 euro per emergenza Coronavirus di cui al DI 18/2020;

oppure

**di essere lavoratore dipendente** di attività chiusa o sospesa per effetto dei DPCM del 9 e 23 marzo (emergenza Covid-19) e di non avere diritto all'indennità della Cassa Integrazione in Deroga (CID);

**di avere diritto all'indennità** della Cassa Integrazione in Deroga (CID) ma al momento non ha altre forme di sostentamento per sé ed il proprio nucleo familiare;

4)

**di non essere** destinatario di alcun contributo o forma di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, REI, NASPI, CIG).

**di essere** destinatario del seguente esiguo contributo o forma di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, REI, NASPI, CIG) pari ad € \_\_\_\_\_ che non garantisce il soddisfacimento delle esigenze minime del proprio nucleo familiare

5)

che nessun componente del nucleo familiare è titolare di un contratto di lavoro dipendente pubblico o privato, né titolare di pensioni;

che nessun componente del nucleo familiare è titolare di un contratto di lavoro dipendente pubblico o privato, ma nel nucleo vi sono componenti che percepiscono la pensione sociale pari ad € \_\_\_\_\_

6) **di avere un ISEE ordinario 2019** pari ad € \_\_\_\_\_.

7) **di non essere** titolare di buoni postali, libretti di deposito, titoli azionari ed altri valori mobiliari intestati a sé o ad altri componenti il nucleo familiare (ivi compresa la giacenza media dei conti correnti bancari o postali complessivamente intestati ai componenti del nucleo familiare) il cui valore complessivo sia superiore ad € 3.000,00.

8)

**PER I PRIVATI**

**di risiedere** in un immobile per il quale paga una Rata mutuo mensile/semestrale pari ad € \_\_\_\_\_;

**di risiedere in un immobile per il quale** paga un canone di locazione mensile pari a ad € \_\_\_\_\_;

**PER GLI ESERCENTI ATTIVITÀ COMMERCIALI, ARTIGIANALI E IMPRENDITORIALI SOSPESE O CHIUSE:**

**che l'immobile** sede dell'attività è in locazione per un canone mensile di € \_\_\_\_\_

**che l'immobile** sede dell'attività è di proprietà e per lo stesso paga una Rata mutuo mensile/semestrale pari ad € \_\_\_\_\_;

**che per l'espletamento dell'attività chiusa o sospesa ha in corso un finanziamento pari ad € \_\_\_\_\_**

- 9)** che il nucleo familiare non percepisce alcuna altra forma di contributo pubblico o privato oltre quelli dichiarati;
- 10)** che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per accedere alla presente misura;
- 11)** di essere consapevole che le dichiarazioni sopra riportate saranno oggetto di verifica e controllo per il quale l'Ente si avvarrà della Guardia di Finanza, dell'INPS e dell'Agenzia delle Entrate;
- 12)** di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nella consapevolezza che gli stessi saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla presente procedura ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e del Regolamento UE n.2016/679.

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che in caso di dichiarazioni mendaci si incorrerà nelle responsabilità penali previste dalla normativa vigente.*

Il sottoscritto, consapevole di quanto sopra dichiarato, in caso di assegnazione voucher sociale

**ACCETTA QUANTO SEGUE**

1. il beneficio verrà erogato sotto forma di voucher spesa che potrà essere utilizzato solo ed esclusivamente negli esercizi commerciali convenzionati di Benevento che avranno aderito all'iniziativa **ESCLUSIVAMENTE** per l'acquisto dei seguenti beni di prima necessità:
  - acquisto di prodotti alimentari (ad esclusione di tutte le bevande alcoliche);
  - prodotti per l'igiene personale e per la pulizia della casa;
  - prodotti igienici ed alimenti per bambini e neonati.
2. Verrà comunicato da parte dell'operatore dell'Ufficio Servizi Sociali l'ammissione al beneficio ed il numero di voucher mensili spettanti;
3. A seguito della comunicazione il beneficiario sceglierà tra gli esercizi convenzionati quello dove utilizzare i voucher. A tal fine è consentita la scelta di un esercizio commerciale per i prodotti alimentari e n.1 per i prodotti non alimentari.

Benevento,

Il Richiedente/Dichiarante

Si allega:

1. Fotocopia ( o foto) del documento di riconoscimento e del codice fiscale in corso di validità del richiedente;
2. ISEE ( se disponibile)

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA**

La richiesta/dichiarazione potrà essere effettuata inviando il presente modulo, compilato in tutte le sue parti, al Comune di Benevento **a partire dal 01.04.2020**, nel seguente modo:

1. All'indirizzo mail: **emergenzacovid@comunebn.it**
2. **Al nr. 3791973004 solo ed esclusivamente tramite WhatsApp**

**Solo se realmente impossibilitato ad utilizzare le modalità 1 e 2) l'utente potrà rivolgersi** alle Assistenti Sociali ai seguenti numeri:

**0824/772605 - 608 – 601 – 607 – 606 – 609 – 621 - 685** tutti i giorni dalle ore 09.00 alle ore 12.00, che provvederanno a comunicare le modalità per l'eventuale ritiro cartaceo.