

COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

AVVISO “BUONI SPESA” offerti dalla Coop Reno e distribuiti in collaborazione con il COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA approvato con delibera di giunta n. 12 del 26/01/2023

Premessa

Il Comune di Jolanda di Savoia, ha offerto la propria collaborazione per la realizzazione del progetto finanziato completamente da COOP RENO “10.000 buoni motivi per ripartire”,

Il sostegno si esplica mediante l'erogazione diretta di buoni spesa per un totale complessivo di € 1.000,00 spendibili entro il 28/02/2023 esclusivamente nel negozio coop di jolanda di savoia

Requisiti di accesso ai “buoni spesa”

Possono presentare richiesta di assegnazione dei “buoni spesa” tutti coloro che siano residenti nel Comune di Jolanda di Savoia e che abbiano:

1. cittadinanza italiana;
2. cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
3. cittadinanza di uno Stato non appartenente all'Unione Europea per gli stranieri che siano muniti di permesso di soggiorno o carta di soggiorno ai sensi del D. Lgs. 286/98 e smi.

Sono esclusi dalla distribuzione dei buoni i percettori del reddito di cittadinanza, di REI o i titolari di trattamenti pensionistici,(salvo pensioni di invalidità)

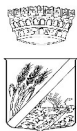
Soggetti destinatari dei “buoni spesa”

In particolare, i buoni spesa sono rivolti a coloro che dichiarano;

- la riduzione capacità reddituale del nucleo a causa dell'appartenenza ad una categoria senza diritto ad ammortizzatori sociali.
- La riduzione della capacità reddituale a causa del mancato inizio del lavoro o della perdita di lavori precari (lavoratori stagionali, interinali, ecc).
- La riduzione della capacità reddituale del nucleo causata dall'adozione di ammortizzatori sociali.

Nell'assegnazione delle risorse, all'interno dei requisiti sopra descritti, verrà data ulteriore priorità

- ai nuclei familiari monogenitoriali con figli a carico;
- ai nuclei familiari con presenza di componenti afflitti da gravi patologie o disabilità, anche se percettori di pensione di invalidità;



COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

Fino ad esaurimento delle risorse disponibili, potranno essere inseriti nella platea dei soggetti destinatari anche nuclei familiari non rientranti tra le categorie sopraindicate ma bisognosi di interventi di solidarietà alimentare per situazioni di bisogno e grave disagio o soggetti che, pur già in carico ai Servizi Sociali.

Sono esclusi dal beneficio i percettori del reddito di cittadinanza, di REI o i titolari di trattamenti pensionistici, (salvo pensioni di invalidità);

€ 9.360,00 la soglia ISEE al di sotto della quale possano essere richiesti contributi economici, corrispondente al limite attualmente in vigore per l'accesso al reddito di cittadinanza;

Entità del Contributo

nucleo familiare formato da un componente: € 30,00

nucleo familiare formato da due componenti: € 40,00 ;

nucleo familiare oltre due componenti: € 50,00

Modalità di presentazione della domanda e determinazione dell'intervento

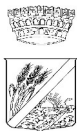
Le domande sono presentate in base al modello predisposto dagli Uffici; le domande devono essere tassativamente presentate secondo le seguenti modalità:

- compilazione di una autodichiarazione sul modulo predisposto dal Comune, firmato dal dichiarante e spedito attraverso posta elettronica alla PEC dell'Ente (pec@cert-comunejolandadisavoia-fe.it), allegando copia di un documento di identità.
- per i soli soggetti impossibilitati ad utilizzare strumenti elettronici e digitali, la richiesta sarà presentata al protocollo dell'Ente.

L'elenco aperto è a scorrimento dei richiedenti sino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Modalità di uso dei "buoni spesa".

I buoni spesa sono utilizzabili esclusivamente per l'acquisto di prodotti alimentari o di prima necessità nel NEGOZIO COOP RENO SITO IN VIA TOGLIATTI A JOLANDA DI SAVOIA (ferrara)



COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" PROGETTO "10.000 BUONI MOTIVI PER RIPARTIRE APPROVATO CON DELIBERA DI Giunta n. 12 del 26/01/2023

Al Sindaco del
Comune di Jolanda di Savoia

La domanda di accesso al beneficio può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il
___/___/_____, residente a Jolanda di Savoia, Via/Piazza _____, n. _____,
recapito telefonico _____ - Codice Fiscale _____, trovandosi in uno
stato di bisogno che, allo stato, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima
necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui alla delibera di Giunta n. _____ del _____ per
l'acquisto di alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze
penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

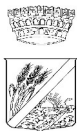
DICHIARA, PER SE' E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(barrare le voci che interessano):

di essere residente nel Comune di Jolanda di Savoia;

che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti, di cui n. _____ figli e
n. _____ altro, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia, a carico;

di aver preso visione e di accettare quanto previsto dalla deliberazione di Giunta Comunale n. del _____ per
l'accesso al beneficio del "Buono Spesa" COOP RENO per l'acquisto di alimenti di prima necessità emesso dal
Comune di Jolanda di Savoia.



COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

di trovarsi in condizioni di disagio alimentare a causa di:

riduzione capacità reddituale del nucleo a causa dell'appartenenza ad una categoria senza diritto ad ammortizzatori sociali:

_____ (specificare quale)

riduzione della capacità reddituale a causa del mancato inizio del lavoro o della perdita di lavori precari (lavoratori stagionali, interinali, ecc).

_____ (specificare quale)

riduzione della capacità reddituale del nucleo causata dall'adozione di ammortizzatori sociali:

_____ (specificare quale)

nuclei familiari che si trovino momentaneamente in particolari condizioni di disagio economico per sospensione dell'attività professionale o imprenditoriale per l'emergenza COVID-19:

_____ (specificare quale)

di avere priorità nell'assegnazione del beneficio in quanto:

nucleo familiare monogenitoriale con figli a carico;

nucleo familiare con presenza di componenti afflitti da gravi patologie o disabilità, anche se percettori di pensione di invalidità;

di non percepire reddito di cittadinanza, di REI o trattamenti pensionistici;

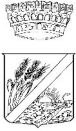
di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.) o ad altra forma di sostegno pubblico;

di avere accesso a forme di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.) o ad altra forma di sostegno pubblico:

_____ (specificare quale)

DICHIARA ALTRESI'

che il componente del proprio nucleo familiare:



COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

nome _____ cognome _____ residente nel Comune di Jolanda di Savoia, si trova nelle condizioni sotto indicate:

riduzione capacità reddituale del nucleo a causa dell'appartenenza ad una categoria senza diritto ad ammortizzatori sociali: _____

(specificare quale)

riduzione della capacità reddituale a causa del mancato inizio del lavoro o della perdita di lavori precari (lavoratori stagionali, interinali, ecc). _____

(specificare quale)

riduzione della capacità reddituale del nucleo causata dall'adozione di ammortizzatori sociali: _____ (specificare quale)

non percepisce reddito di cittadinanza, di REI o trattamenti pensionistici.

non ha accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.) o ad altra forma di sostegno pubblico;

ha accesso a forme di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.) o ad altra forma di sostegno pubblico: _____

(specificare quale)

DICHIARA ALTRESI'

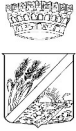
che nel proprio nucleo familiare risultano a carico:

nome _____ cognome _____ residente _____
_____ nato il _____

luogo _____ professione _____

nome _____ cognome _____ residente _____
_____ nato il _____

luogo _____ professione _____



COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

nome _____ cognome _____ residente

_____ nato il _____

luogo _____ professione _____

nome _____ cognome _____ residente

_____ nato il _____

luogo _____ professione _____

Eventuali note: _____

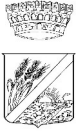
Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà automaticamente diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Jolanda di Savoia, ___/___/2023

FIRMA _____

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Jolanda di Savoia al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).



COMUNE DI JOLANDA DI SAVOIA

Cap 44037

Provincia di Ferrara

c.f. 00313290389

N.B.: Il Comune di Jolanda di Savoia si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.