



# COMUNE DI NIARDO

Provincia di Brescia

P.zzale Donatori di Sangue, 1 - 25050 (BS) Tel 0364/330123 Fax 0364/330254  
Codice fiscale 81002370179 - P.I. 00723580981

Mail: [info@comune.niardo.bs.it](mailto:info@comune.niardo.bs.it) Pec: [comune.niardo@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.niardo@pec.regione.lombardia.it)

COMUNE DI NIARDO - I  
PROVINCIA DI BRESCIA  
Prot. N 0001253 - 02/04/2020



Cla: 7.15

## PREMESSO:

- che a seguito delle forti difficoltà indotte o aggravate dall'emergenza epidemiologica da Covid 19 è necessario dare un concreto aiuto ai nuclei familiari in stato di disagio socio-economico, impossibilitati a soddisfare le primarie esigenze di vita;
- che il Comune di NIARDO ha inteso attivare una misura volta ai nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dalla congiuntura negativa, mediante l'acquisizione di generi alimentari di generi di prima necessità secondo le modalità previste dal DPCM del 28 marzo 2020;
- che è necessario individuare, attraverso i propri servizi sociali, i beneficiari della misura ed il relativo contributo.

## E' INDETTO

un Avviso per l'individuazione dei nuclei familiari in particolari condizioni di disagio, ai quali verrà erogato un buono spesa del valore massimo di seguito specificato:

- a) Euro 100 per nuclei individuali;
- b) Euro 200 per nuclei con due Persone
- c) Euro 50 in più per ogni componente aggiuntivo fino ad un tetto massimo di € 400.

Il buono viene erogato esclusivamente per singolo nucleo familiare anagrafico.

Il buono viene erogato una tantum e non in maniera continuativa.

Per i nuclei Familiari che percepiscono già sovvenzioni/contributi continuativi di importo pari o superiore a 300 euro mensili, il valore del buono viene ridotto del 50%.

L'erogazione avverrà a sportello fino al raggiungimento dell'importo stanziato pari a euro 11.088,10.

## REQUISITI

L'Avviso è rivolto ai nuclei familiari residenti sul territorio comunale (anche persone singole) che in questo momento specifico di emergenza non abbiano capacità di spesa necessaria a far fronte alle spese alimentari di prima necessità.

I requisiti, che devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda, sono i seguenti:

- soggetti che hanno perso il lavoro a causa dell'emergenza COVID-19;
- soggetti che hanno sospeso/chiuso l'attività a causa dell'emergenza e che non hanno liquidità sul conto corrente;
- soggetti con lavoro intermittente che non riescono ad acquistare i beni di prima necessità alimentare;
- famiglie che sono in stato di bisogno come da relazione dell'assistente sociale.

### **DOCUMENTAZIONE**

La domanda, da redigersi secondo l'allegato modulo, può essere presentata:

- online a mezzo mail – [info@comune.niardo.bs.it](mailto:info@comune.niardo.bs.it)
- via whatsapp al numero 3881069539
- in modo cartaceo previo accordo telefonico al numero 0364330123 int 4

In caso di incapacità o impossibilità a presentare domanda secondo la sopracitata modalità la domanda potrà essere raccolta dall'Ufficio Servizi Sociali a mezzo colloquio telefonico.

### **MODALITA' DI PARTECIPAZIONE**

Le domande devono essere presentate a partire dal giorno 02.04.2020 e saranno valutate a sportello fino esaurimento delle risorse disponibili.

### **CONTROLLI**

Ci si riserva di effettuare idonei controlli a campione sulle dichiarazioni rese, disponendo nei casi accertati di falsa dichiarazione la decadenza dal beneficio e la denuncia all'autorità Giudiziaria.

### **INFORMAZIONI**

L'Avviso ed il modulo, sono disponibili sul sito [www.comune.niardo.bs.it](http://www.comune.niardo.bs.it).

---

Al Comune di NIARDO

---

**Oggetto: EMERGENZA COVID 19. DOMANDA per l'assegnazione di contributi economici secondo le modalità previste dal DPCM del 28 marzo 2020 e DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA a norma della legge 445/00**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter usufruire dell'erogazione generi alimentari di prima necessità secondo le modalità previste dal DPCM del 28 marzo 2020 a favore del proprio nucleo familiare.

*A tal fine, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,*

**DICHIARA PER SE E I COMPONENTI IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE:**

che la composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente) alla data di presentazione della presente richiesta è la seguente:

N°	Rapp. di parent.	Cognome e Nome
1		
2		
3		
4		
5		

di non essere in grado in questo momento di fare fronte all'acquisto di generi alimentari di prima necessità per mancanza di disponibilità economiche.

Dichiara inoltre di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- soggetto che ha perso il lavoro a causa dell'emergenza COVID-19;
- soggetto che ha sospeso/chiuso l'attività a causa dell'emergenza e che non ha liquidità sul conto corrente;
- soggetto con lavoro intermittente che non riesce ad acquistare i beni di prima necessità alimentare;
- famiglia in stato di bisogno come da relazione dell'assistente sociale.

che utilizzerà il buono sociale di spesa presso i seguenti negozi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di cui all'elenco fornito dall'Amministrazione Comunale

- di essere percettore di contributi/sovvenzioni continuative di importo pari o superiore a euro 300 mensili
- di non essere percettore di contributi/sovvenzioni continuative di importo pari o superiore a euro 300 mensili

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 , autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_