

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Alla Cortese Attenzione  
del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All'Ente di Ambito Sociale n. 12  
"Sangro Aventino"  
Alla Cortese Attenzione  
Del Responsabile dell'Ufficio di Piano

**Oggetto: Richiesta concessione contributo "Buono Fornitura".**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

IN VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TEL. FISSO E/O MOBILE \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Nell'ambito del "Piano degli Interventi Regionali per la Famiglia" fondo annualità 2021, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 che gli/le venga concesso il contributo denominato "Buono Fornitura 2021".

A tal fine

#### DICHIARA

##### Area 1

Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;

Di essere in possesso dell'attestazione ISEE **in corso di validità (2023)** pari a € \_\_\_\_\_;

Di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno UE, per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità ( se ricorre);

##### Area 2 (fleggare la situazione in elenco che ricorre)

Di essere gestante;

Di essere genitore solo, in situazione di disagio, con figli conviventi di età compresa tra 0-16;

Di essere nucleo familiare con figli di età compresa tra i 0 e i 16 anni in difficoltà economica;

### Area 3

Che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

N°	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

### Area 4

Che nel proprio nucleo familiare sono presenti:

- minori con handicap grave Art. 3 comma 3 L.104/1992
- minori con handicap Art. 3 comma 1 L.104/1992
- soggetti adulti in condizione di disabilità/invalidità certificata

### Area 5

Che nel corso dell'annualità corrente:

- non ha beneficiato di misure di sostegno analoghe a quelle del presente avviso
- ha beneficiato di misure di sostegno analoghe a quelle del presente avviso ( esempio: social card 0-3 anni)
- ha beneficiato di misure di sostegno a vario titolo ( es. reddito di cittadinanza, carta acquisti, carta dedicata a te...)

### Area 6

Che l'abitazione di residenza è:

- in locazione o di proprietà con pagamento mutuo



di essere a conoscenza che il valore massimo del buono è pari ad euro 200,00 per nucleo familiare, in ragione delle domande pervenute, del punteggio in graduatoria e fino a concorrenza delle risorse all'uopo destinate;

che il Bonus verrà erogato a titolo di rimborso delle spese effettivamente sostenute ed appositamente documentate, mediante scontrino o fattura descrittiva dei prodotti acquistati riconducibili alle seguenti categorie merceologiche: prodotti alimentari, abbigliamento e calzature per neonati, bambini e ragazzi, prodotti per l'igiene personale, prodotti parafarmaceutici e farmaci, materiale scolastico, libri (con esclusione dei libri di testo soggetti ad altro specifico rimborso).

di aver preso visione dei contenuti dell'Avviso Pubblico indetto dall'Unione Montana dei Comuni del Sangro / ECAD Sangro-Aventino;

di essere a conoscenza che la documentazione prodotta a corredo dell'istanza potrà essere sottoposta ai controlli previsti per legge;

di essere informato che ai sensi e per gli effetti di cui alla l. 679/2016 e ss.mm.ii. i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per finalità connesse al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Allega alla presente:**

- copia documento di identità (in corso di validità)
- copia codice IBAN del richiedente o di un componente del nucleo familiare
- copia attestazione ISEE ordinario in corso di validità (2023) o se ricorre ISEE minorenni
- (se ricorre) fotocopia permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità
- (se ricorre) certificato del medico specialista comprovante lo stato di gestante
- documentazione probatoria delle spese sostenute, ovvero scontrini o fatture dai quali si possa evincere chiaramente la descrizione degli articoli acquistati