



COMUNITÀ DELLA VALLE DEI LAGHI
PROVINCIA DI TRENTO

**Servizio Socio Assistenziale,
Istruzione e Assistenza Scolastica**
mail segreteria.sociale@comunita.valledeilaghi.tn.it pec
serviziosociale@pec.comunita.valledeilaghi.tn.it

Spett.le

SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE
COMUNITA' VALLE DEI LAGHI
Piazza Perli, 3 – Vezzano
38096 VALLELAGHI

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL BONUS ALIMENTARE ED AL SOSTEGNO
DELLE FAMIGLIE PER IL PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE E
DELLE UTENZE DOMESTICHE – BOAAU – FASE 5**

La domanda può essere presentata **dal GIORNO mercoledì 15 dicembre 2021** facendola pervenire agli Uffici amministrativi del Settore socio-assistenziale della Comunità, previo appuntamento telefonico al numero 0461/340883 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.00.

DICHIARAZIONE

"A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di **DICHIARAZIONI NON VERITIERE**, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il **DIVIETO DI ACCESSO A CONTRIBUTI, FINANZIAMENTI E AGEVOLAZIONI PER UN PERIODO DI DUE ANNI** decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)".

Il/la
sottoscritto/a
Di nazionalità
nato/a a Prov. Il Cod. fiscale
Residente nel comune di Fraz. Via e n.
telefono Cell. email

eventualmente in qualità di (barrare la casella interessata)

☐

Tutore

☐

Amministratore di sostegno

del signor

Di nazionalità

nato/a a Prov. Il Cod. fiscale

Residente nel comune di Fraz. Via e n.
telefono Cell. email

CHIEDE

l'erogazione del contributo di solidarietà alimentare e di sostegno alle famiglie per il pagamento dei canoni di locazione e delle utenze domestiche (BOAAU) PER IL MESE DI a causa della situazione emergenziale in atto per COVID -19 per il proprio nucleo familiare (come risultante dal certificato anagrafico di residenza).

Dichiara in particolare che la difficoltà è dovuta a:

☐
☐
☐
☐

Cassa Integrazione

Licenziamento

Sospensione/riduzione/chiusura attività lavorativa

Altro (spec.)

Eventuali informazioni aggiuntive alla richiesta:

ATTENZIONE: PUO' ESSERE PRESENTATA UNA SOLA DOMANDA PER NUCLEO FAMILIARE

Dichiara che il proprio nucleo familiare è composto da (come risultante dal certificato anagrafico di residenza):

1 componente

nato/a a

Prov.

Il

Cod. fiscale

2 componente

nato/a a

Prov.

Il

Cod. fiscale

3 componente

nato/a a

Prov.

Il

Cod. fiscale

4 componente

nato/a a

Prov.

Il

Cod. fiscale

5 componente

nato/a a Prov. II Cod. fiscale

6 componente

nato/a a Prov. II Cod. fiscale

7 componente

nato/a a Prov. II Cod. fiscale

8 componente

nato/a a Prov. II Cod. fiscale

☐ **Dichiara che le disponibilità finanziarie liquide* complessive all'ultimo giorno del mese precedente a quello di presentazione della domanda** (es. al 30/11/2021 per le domande presentate nel mese di dicembre 2021) **del nucleo familiare sono inferiori o uguali a Euro 5.000,00***

(si intendono le somme dei saldi attivi dei conti correnti bancari o postali o di carte prepagate intestati agli stessi, oltre che di ogni altra forma di risparmio o investimento di cui sia consentita la pronta smobilizzazione - non devono essere considerate le somme di denaro depositate su conti correnti o altri strumenti finanziari intestati a figli minori, qualora accantonate in epoca precedente al momento di richiesta del beneficio)

☐ **Dichiara che le entrate mensili complessive del nucleo familiare riferite al mese antecedente alla domanda** (es. al mese di novembre 2021 per le domande presentate nel mese di dicembre 2021), **non sono superiori ai seguenti valori-soglia in base al numero dei componenti:**

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE	ENTRATE MENSILI RIFERITE AL MESE PRECEDENTE ALLA DOMANDA
1 componente	Euro 800,00
2 componenti	Euro 1.100,00
3 componenti	Euro 1.400,00
4 componenti	Euro 1.500,00
5 componenti	Euro 1.700,00
6 componenti	Euro 1.800,00
7 componenti	Euro 1.900,00
8 componenti e più	Euro 2.000,00

☐ **Dichiara che le entrate mensili del nucleo familiare sono derivanti da:**

- ☐ redditi da lavoro dipendente o autonomo
- ☐ ammortizzatori sociali, aiuti economici (es. CIGS, NASPI, AUP, REDDITO DI CITTADINANZA...)
- ☐ pensioni
- ☐ redditi da locazioni

☐ altro (specificare)

☐ Dichiaro che le **spese mensili di affitto**, come indicate nel contratto d'affitto regolarmente registrato ed allegato alla presente domanda sono pari ad Euro (indicare solo le spese relative all'affitto e non le spese condominiali)

☐ Dichiaro di aver percepito **integrazione al canone di locazione** relativo al mese di
pari ad Euro

☐ Dichiaro che le **spese mensili relative al mutuo per la prima casa** (quota capitale e interessi) sono pari ad Euro

☐ Dichiaro che le spese per utenze esclusivamente domestiche (gas, energia elettrica, acqua, servizio gestione rifiuti) sostenute o in scadenza nel mese antecedente la presentazione della domanda sono le seguenti:

Ai fini dell'erogazione del BONUS comunico:

☐ *di essere intestatario o cointestatario di conto corrente sul quale chiedo sia disposto il versamento*

IBAN

Esempio: IT60X0542811101000000123456

Intestato a:

☐ *di non essere intestatario o cointestatario di conto corrente*

IL DICHIARANTE

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- eventuale contratto d'affitto regolarmente registrato
- eventuale mutuo prima casa
- estratti conto con relativo saldo all'ultimo giorno del mese dei conti correnti bancari e/o postali intestati o carte prepagate di tutti i componenti il nucleo familiare, relativi alla mensilità precedente a quella di presentazione della domanda (es. estratto conto dal 01.11.2021 al 30.11.2021 per le domande presentate nel mese di dicembre 2021)
- avviso di pagamento delle utenze esclusivamente domestiche (gas, energia elettrica, acqua, servizio gestione rifiuti) sostenute o in scadenza nel mese antecedente la presentazione della domanda
- documento di identità del richiedente in corso di validità (fronte e retro) e codice fiscale

Il sottoscritto dichiara altresì (*barrare le caselle d'interesse*):

- ☐ di essere **informato**, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali, sensibili e giudiziari raccolti saranno trattati dal Servizio Sociale della Comunità della Valle dei Laghi, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del Settore per il quale la presente dichiarazione viene resa, in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. Titolare del trattamento è la Comunità della Valle dei Laghi, con sede in Valledelaghi, Piazza Mons. Perli n. 3 (e-mail segreteria@comunita.valledeilaghi.tn.it, sito internet www.comunita.valledeilaghi.tn.it), Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it). Dichiaro altresì di essere a conoscenza di poter esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003; l'informativa completa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, è a disposizione presso il Servizio Sociali della Comunità della Valle dei Laghi.

I dati sono oggetto di comunicazione ai soggetti terzi convenzionati con la Comunità della Valle dei Laghi per l'erogazione di prestazioni di natura socio-assistenziale e/o con riferimento ai consensi espressi dall'interessato in sede di primo accesso al Servizio. I dati non sono oggetto di trasferimento all'estero.

- ☐ ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/03 esprime il **consenso** al trattamento dei propri dati personali, sensibili e giudiziari e s'impegna a comunicare al Servizio Socio assistenziale della Comunità della Valle dei Laghi ogni eventuale variazione dei dati sopra dichiarati.

DATA FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

COLLOQUIO CON ASSISTENTE SOCIALE

EFFETTUATO IN DATA .

DATA Firma Assistente sociale _____