



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## AVVISO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).

Con Giunta Comunale n. 13 del 01.04.2020 è stato approvato l'avviso per l'assegnazione del bonus spesa a favore di persone o famiglie in condizione di disagio economico e sociale.

**OGGETTO E BENEFICIARI** Il presente avviso è diramato in costanza della situazione emergenziale dovuta alla diffusione del virus Covid-19 ed è volto a sostenere le **persone e le famiglie in condizioni di assoluto momentaneo disagio**. Possono presentare istanza di ammissione all'erogazione di un buono spesa i nuclei familiari, anche costituiti da un'unica persona, in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile ovvero non sufficiente e senza alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso risparmi bancari o postali e che si trovino a non avere risorse economiche disponibili per poter provvedere all'acquisto di generi di prima necessità e/o medicinali.

I destinatari dovranno comunque possedere i seguenti requisiti:

- a) residenza/domicilio nel Comune di Magliano Romano;
- b) per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, il possesso di un permesso di soggiorno in corso di validità, anche in scadenza nel periodo 31 gennaio 2020 e 15 aprile 2020 in quanto prorogato a norma vigente fino al 15 giugno 2020;
- c) essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali. Qualora si tratti di nuclei familiari non in carico ai servizi sociali questi acquisiranno l'autocertificazione di cui alla successiva lettera d)
- d) di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'emergenza derivante dalla epidemia da Covid-19, previa autocertificazione soggetta a successiva verifica che ne attesti lo stato;

Inoltre, è considerato requisito essenziale per l'accesso al beneficio la circostanza, dichiarata dall'interessato, che il saldo dei conto correnti intestati ai componenti il nucleo familiare non superi complessivamente la somma di € 2.000,00 e che i componenti il nucleo familiare non abbiano altri tipi di depositi bancari/postali.

Per quanto riguarda i soggetti già assegnatari di sostegno al reddito od alla povertà erogati da Enti Pubblici (reddito/pensione di cittadinanza, NASPI, ...), questi verranno collocati in graduatoria successivamente a coloro che risultano privi di qualsiasi sostegno e le relative richieste verranno soddisfatte in via residuale con i fondi messi a disposizione dall'OCDPC n. 658/2020

## MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati dovranno presentare domanda utilizzando i modelli allegati e provvedendo alla trasmissione con una delle seguenti modalità:

- a mezzo **posta elettronica** all'indirizzo [assistentesociale@comunedimaglianoromano.it](mailto:assistentesociale@comunedimaglianoromano.it)
- a mezzo **PEC** all'indirizzo [settore1@pec.comunedimaglianoromano.it](mailto:settore1@pec.comunedimaglianoromano.it)
- **mediante presentazione a mano** presso il COC del Comune di Magliano Romano dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00

Per tutti coloro che risultano impossibilitati alla compilazione e successivo invio delle domande in via telematica ovvero richiedono ausilio nella compilazione, la presentazione delle stesse avverrà mediante compilazione telefonica assistita da personale dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Magliano Romano raggiungibile al n. 340/9558164



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## CRITERI.

I criteri ed i relativi punteggi per la definizione di una specifica graduatoria sono i seguenti:

	CRITERI	PUNTEGGI DA ASSEGNARE
a)	Presenza di bambini fino a 6 anni nel nucleo familiare	+ 10 punti
b)	Famiglia con figlio/i minore/i da 6 a 17 anni	+ 5 punti
c)	Numero di componenti del nucleo familiare	+ 3 punti per ogni componente il nucleo familiare
d)	Essere conduttore di immobile a scopo abitativo	+ 5 punti
e)	Essere genitore divorziato o legalmente separato con onere di mantenimento dell'ex coniuge e/o dei figli	+ 5 punti

I nuclei familiari in possesso di reddito ritenuto non sufficiente saranno oggetto di specifica valutazione da parte dell'Ufficio Servizi Sociali e assegnatari del buono spesa calcolato in maniera proporzionale rispetto al reddito dichiarato.

In seguito all'istruttoria che assegnerà il punteggio in base alle indicazioni contenute nel disciplinare di attuazione dell'OCDPC n. 658 del 29/03/2020 e della DGR Lazio n. 138 del 31/03/2020 approvato con giunta comunale n. 13 del 01.04.2020 gli assegnatari saranno contattati a mezzo telefono o e-mail, con cui gli si comunicherà di essere beneficiari del bonus, l'importo dello stesso e le modalità per spenderlo.

**FINALITA'**: Il bonus è volto ad integrare il reddito familiare per quanto attiene alla gestione della spesa di generi alimentari e/o medicinali, in costanza della situazione di emergenza epidemiologica in atto.

**IMPORTO DEL BUONO SPESA.** Varia a seconda della composizione del nucleo familiare, come segue:

- € 5,00 a persona componente il nucleo familiare al giorno per un importo massimo concedibile pari ad € 100,00 a settimana per nucleo familiare;
- L'importo del buono è elevabile ad € 7,00 in presenza di minori

Le spese relative ai medicinali saranno riconosciute in modo proporzionale sino ad un massimo di € 100,00 al mese.

**DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE:** autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 comprovante la condizione di indigenza, nonché la percezione di altri eventuali sussidi utilizzando lo schema di domanda allegato unitamente a copia di documento di riconoscimento.

**TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:** Le domande dovranno pervenire agli indirizzi di posta elettronica indicati **a partire dal 02.04.2020 e fino al 8.04.2020.**



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

Spirato il termine di presentazione previsto nell'avviso ulteriori domande potranno essere presentate con le medesime modalità già indicate e verranno trattate mediante integrazioni alla graduatoria inizialmente costituita con cadenza settimanale.

E' fatta salva un'eventuale seconda assegnazione, previa presentazione di un'ulteriore istanza all'Ufficio Servizi sociali da parte dei precedenti assegnatari, solo qualora si determinassero ulteriori risorse disponibili dopo aver soddisfatto tutti gli istanti collocati utilmente nella graduatoria approvata.

A tal fine, l'Ufficio Servizi Sociali dovrà valutare la sussistenza e il perdurare di comprovate e contingenti emergenze. La successiva domanda potrà esser presentata decorse quattro settimane dall'erogazione del primo buono spesa.

**CONTROLLI:** L'Amministrazione comunale provvederà ad effettuare gli opportuni controlli successivi, in ordine alla veridicità delle attestazioni riportate nelle domande pervenute.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:** Tutti i dati di cui verrà in possesso l'Amministrazione comunale saranno trattati nel rispetto del Codice Privacy D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

**INFORMAZIONI:** Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno contattare l'Ufficio Servizi Sociali nei seguenti giorni ed orari Lunedì, Mercoledì e Giovedì dalle ore 9:00 alle ore 13:00 al numero 3409558164

**Il Responsabile del Settore I**

**Dott. Grilli Piergiovanni**



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## SCHEMA DI DOMANDA

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BONUS ALIMENTARE A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ....., il .....  
residente nel Comune di .....  
Via ....., n. ....  
Recapito Tel. ....  
Mail .....

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità;

### DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico pubblicato dal Comune di Magliano Romano e delle relative condizioni di accesso previste dallo stesso

### RICHIEDE

L'erogazione del buono spesa di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 e della deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 138 del 31/03/2020, adottate al fine di fronteggiare i bisogni alimentari dei nuclei familiari privi della possibilità di approvvigionarsi di generi di prima necessità, a causa dell'emergenza derivante dall'epidemia di COVID-19.

### A TAL FINE DICHIARA

- di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, le somme concesse a titolo di buono spesa saranno recuperate e si darà seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge (*obbligatorio*);
- di trovarsi in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile ovvero non sufficiente e senza alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso risparmi bancari o postali complessivamente superiori ad € 2.000,00 e pertanto a non avere risorse economiche disponibili per poter provvedere all'acquisto di generi di prima necessità** (*obbligatorio*);



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

che nel proprio nucleo familiare (*obbligatorio*):

- VI SONO** soggetti già assegnatari di sostegno pubblico (Es. reddito/pensione di cittadinanza, cassa integrazione ordinaria e in deroga, pensioni sociali, pensione di inabilità, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, ...)

**Indicare quali e relativo importo:** .....

.....  
.....

- NON vi sono** soggetti già assegnatari di sostegno pubblico

- Di avere redditi non derivanti da sostegno pubblico (*eventuale*):

**Indicare quali e relativo importo:** .....

.....

- che il proprio nucleo familiare è così composto (*obbligatorio*) e che i sottoelencati sono i redditi percepiti da ciascun componente il nucleo familiare:

Nucleo familiare del richiedente	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente	Eventuale reddito percepito	Origine del reddito

Dichiara che:

- vi è presenza di n. ... bambini fino a 6 anni
- Famiglia con presenza di n. ... figli minori da 6 anni a 17 anni
- Essere conduttore di un immobile a scopo abitativo
- Essere genitore divorziato o legalmente separato con onere di mantenimento dell'ex coniuge e/o dei figli

....., li .....

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

Allega copia documento di identità



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## Informazioni sulla Privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che il trattamento dei dati personali, forniti per accedere al beneficio dei buoni spesa di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 ed alla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 138 del 31/03/2020, adottata al fine di fronteggiare i bisogni alimentari dei nuclei familiari privi della possibilità di approvvigionarsi di generi di prima necessità, a causa dell'emergenza derivante dall'epidemia di COVID-19, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Letta l'informativa di cui sopra:

nego il consenso

do il consenso

al trattamento dei dati personali forniti per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## SCHEMA DI DOMANDA

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLE SPESE PER MEDICINALI A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).**

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ....., il .....

residente nel Comune di .....

Via ....., n. ....

Recapito Tel. ....

Mail .....

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità;

### DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico pubblicato dal Comune di Magliano Romano e delle relative condizioni di accesso previste dallo stesso

### RICHIEDE

Il riconoscimento delle spese per medicinali di cui alla deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 138 del 31/03/2020, adottata al fine di fronteggiare le esigenze causate dall'emergenza derivante dall'epidemia di COVID-19.

### A TAL FINE DICHIARA

- di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, si procederà al recupero delle somme concesse e si darà seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge (*obbligatorio*);
- di trovarsi in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile ovvero non sufficiente e senza alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso risparmi bancari o postali complessivamente superiori ad € 2.000,00 e pertanto a non avere risorse economiche disponibili per poter provvedere all'acquisto di farmaci necessari oggetto di prescrizione medica** (*obbligatorio*);



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

che nel proprio nucleo familiare (*obbligatorio*):

- VI SONO** soggetti già assegnatari di sostegno pubblico (Es. reddito/pensione di cittadinanza, cassa integrazione ordinaria e in deroga, pensioni sociali, pensione di inabilità, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, ...)

**Indicare quali e relativo importo:** .....

.....

.....

- NON vi sono** soggetti già assegnatari di sostegno pubblico

- Di avere redditi non derivanti da sostegno pubblico (*eventuale*):

**Indicare quali e relativo importo:** .....

.....

- che il proprio nucleo familiare è così composto (*obbligatorio*) e che i sottoelencati sono i redditi percepiti da ciascun componente il nucleo familiare:

Nucleo familiare del richiedente	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela con il richiedente	Eventuale reddito percepito	Origine del reddito

Dichiara che:

- vi è presenza di n. ... bambini fino a 6 anni  
 Famiglia con presenza di n. ... figli minori da 6 anni a 17 anni  
 Essere conduttore di un immobile a scopo abitativo  
 Essere genitore divorziato o legalmente separato con onere di mantenimento dell'ex coniuge e/o dei figli

....., li .....

**IL/LA DICHIARANTE**

Allego copia documento di identità



# COMUNE DI MAGLIANO ROMANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

Piazza Risorgimento 1 00060 Magliano Romano- Tel. 06/9048005 Fax 06/90479770

## Informazioni sulla Privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che il trattamento dei dati personali, forniti per accedere al beneficio del riconoscimento delle spese per medicinali di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 138 del 31/03/2020, adottata al fine di fronteggiare le esigenze causate dall'emergenza derivante dall'epidemia di COVID-19, è per usi strettamente legati alla gestione delle procedure di cui al presente provvedimento.

Letta l'informativa di cui sopra:

nego il consenso

do il consenso

al trattamento dei dati personali forniti per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_