

Allegato 2)

MODELLO DI DOMANDA PER LA MOROSITA' INCOLPEVOLE
Ai sensi dell'articolo 6 comma 5, legge 124/2013

Al Comune di Monte di Procida
Servizio Politiche Sociali

Oggetto: Avviso pubblico per l'erogazione di contributi a sostegno di inquilini "morosi incolpevoli".

Il sottoscritto _____ in qualità di:

Titolare di contratto di locazione, stipulato in data _____ della durata di anni _____

Nato a _____, il _____ residente in Monte di Procida alla

via/piazza _____

Tel _____

CHIEDE

- di poter accedere al contributo economico di cui all'Avviso Pubblico allegato A) determinazione n. 27 del 12.02.2015
- che il contributo spettante sia corrisposto direttamente al proprietario dell'alloggio Sig. _____ codice fiscale _____ residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ a mezzo bonifico IBAN _____.

DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, di essere in possesso dei requisiti per poter usufruire delle misure previste nei casi di morosità incolpevole accertata, in base all'articolo 6 comma 5 della legge 124 del 2013, nonché del decreto del ministero delle infrastrutture 14 maggio 2014, stante l'impossibilità a provvedere al pagamento del canone in ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare, dovuta a:

- Perdita di lavoro per licenziamento.** Avvenuto in data ____/____/____
- Accordi aziendali o sindacali con consistenti riduzione dell'orario di lavoro.**
Intervenuti in data ____/____/____ ;
- Cassa integrazione ordinaria o straordinaria.** Intervenuta in data ____/____/____;
- Mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici.** In data ____/____/____;

Cessazione di attività libero-imprenditoriali o di imprese registrate, derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente. In data ____/____/____;

Malattia grave, **Infortunio**, **Decesso di un componente del nucleo familiare** che ha comportato la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare rilevanti spese mediche e assistenziali. In data ____/____/_____.

- di percepire un REDDITO:

ISE non superiore ad euro 35.000,00;

da regolare attività lavorativa con un valore ISEE non superiore ad euro 26.000,00;

che il richiedente e i componenti del nucleo familiare, non sono titolari di diritto di proprietà, usufrutto, uso o abitazione nella Provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del proprio nucleo familiare;

- di aver usufruito o di non aver usufruito durante il periodo di morosità del contributo per emergenza abitativa;

- di essere residente nel Comune di Monte di Procida;

- di essere titolare di un contratto di locazione per uso abitativo, regolarmente registrato, relativo ad un immobile non di edilizia residenziale pubblica;

- di essere residente nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio da almeno un anno;

- che l'eventuale erogazione delle misure di accompagnamento sociale da parte del Comune di ricorso al contributo del fondo e di graduazione dello sfratto, previste dall'articolo 6 comma 5 della legge 124/2013 si rendono necessarie per:

provvedere al pagamento di n. _____ mensilità del Canone di locazione, maturate a partire dal ____/____/____ e per la somma di € _____,00 ;

sottoscrivere con i proprietari dell'alloggio un nuovo Contratto di locazione a CANONE CONCORDATO ai sensi dell'articolo 2 comma 3 della legge 431/1998;

versare il deposito cauzionale per la stipula di un nuovo Contratto di locazione;

ai fini del ristoro, anche parziale, delle somme dovute al proprietario dell'alloggio, che ha dichiarato la disponibilità a consentire al congruo differimento dell'esecuzione del rilascio dell'immobile;

Il sottoscritto dichiara di possedere tutti i requisiti di partecipazione indicati dalla normativa vigente, nonché la propria disponibilità a fornire idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati.

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente istanza non comporta alcun onere per il Comune di Monte di Procida essendo l'intervento condizionato al concreto finanziamento della Regione Campania.

Data ____/____/_____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

N.B.: Allegare documento d'identità

Allegato 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA delle condizioni sociali del nucleo familiare

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Pr _____ il ____/____/____

Cittadinanza _____ Permessi di Soggiorno _____

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____ Cap _____ Pr _____

DICHIARA ai sensi del D.lgs 109/98 il seguente Stato di Famiglia

Cod. Fiscale	Cognome	Nome	Data di Nascita	Condizione (*)	Parentela

(*)

1= anziano ultrasettantenne

2= minore

3= con invalidità \geq 74%

4= in carico ai servizi sociali o della Asl

- nel nucleo familiare sono presenti n. _____ soggetti con invalidità pari o superiore al 74%;
- nel nucleo familiare sono presenti n. _____ minori;
- nel nucleo familiare sono presenti n. _____ anziani ultrasettantenni;
- nel nucleo familiare senza reddito: SÌ NO.

Data, ____/____/____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)