



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 30
COMUNE CAPOFILA PATTI
AOD N. 1

(Patti - Brolo - Gioiosa Marea - Librizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino - San Piero Patti)

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: PdZ 2013/2015 - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario n. 30 Azione 8
“Emergenza e Urgenza Sociale” Terza Annualità ed Integrazione.

Premesso;

che il PdZ 2013/2015 dell'AOD N. 1 del D30, ha previsto l'azione n. 8 denominata “Emergenza e Urgenza Sociale” e che questa tipologia d'intervento prevede un centro di ascolto e di urgente intervento sociale;

Considerato che tale tipologia è intesa come misura per facilitare l'inclusione e l'autonomia e come misura di sostegno al reddito.

SI RENDE NOTO CHE

Possono presentare domanda i cittadini, appartenenti al Distretto Socio Sanitari n. 30 - AOD N. 1, presso gli Uffici dei Servizi Sociali del proprio Comune di residenza, che a causa di situazioni di emergenza sociale e stati di elevato disagio economico si trovano a fronteggiare eventi improvvisi ed urgenti.

Gli interventi economici prevedono:

- pagamento una tantum di utenze di energia elettrica e gas, a soggetti bisognosi tramite esibizione della relativa bolletta ;
- fornitura di generi di prima necessità erogati a soggetti bisognosi tramite il sistema di voucher per l'acquisto degli stessi o tramite fornitura di pacchi alimentari.

Le istanze dovranno essere presentate all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza degli otto Comuni dell'AOD n. 1, corredate dalla seguente documentazione:

- autocertificazione relativa allo stato di disoccupazione
- attestazione ISEE in corso di validità;
- documentazione idonea a comprovare lo stato di bisogno e di disagio

Gli utenti secondo le proprie competenze dovranno fornire in cambio, piccoli servizi alla comunità, da espletare presso i Comuni di residenza dei richiedenti.

L'accesso al servizio, avverrà attraverso domanda che potrà essere presentata entro il

Per “Emergenza e Urgenza Sociale”- Seconda Annualità - sarà possibile accogliere un numero massimo di istanze provenienti da soggetti residenti negli 8 Comuni dell'AOD N. 1 appartenenti al Distretto Socio Sanitario D30.

SI INVITANO

i cittadini interessati a presentare l'istanza **entro il 30/11/2020** allegando i seguenti documenti:

- attestazione ISEE rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati, in corso di validità;
- altra eventuale documentazione idonea a comprovare lo stato di bisogno e di disagio.

Per informazioni e il ritiro dello schema di domanda, rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di Patti, Capofila dell'AOD N. 1 o dei singoli Comuni appartenenti al Distretto.

Per il Comune di Patti Capofila D30-Telefono 0941/647305-304.

E-mail servizisociali@comune.patti.me.it

Dalla Residenza Municipale li,

Il Coordinatore Gruppo Piano
Distretto Socio Sanitario D30
Dott.ssa Marcella Gregorio



Il Presidente dell'AOD N. 1
Avv. G. Mauro Aquino

Oggetto: "Emergenza e Urgenza Sociale" terza Annualità.
PdZ 2013/2015 - AOD N. 1 del Distretto Socio-Sanitario n. 30

All'Ufficio dei Servizi Sociali AOD n. 1

Comune di _____

SEDE

Il/La sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____

Documento _____ N° _____

Rilasciato da _____ Scadenza _____

CHIEDE

Di essere inserito nell'azione "Emergenza e Urgenza Sociale" Terza Annualità, essendo priv__ di risorse personali e/o familiari.

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

- Disoccupat __ (detto requisito dovrà permanere fino al momento dell' avviamento del progetto);
- Di non percepire** Reddito di Cittadinanza – Fondo Povertà e altre forme di aiuti.
- Di percepire** altri aiuti economici da parte di Comuni - Regioni - Stato - INPS- etc. (come Reddito di Cittadinanza – Fondo Povertà e altre forme di aiuti).

Di scegliere la seguente forma di pagamento:

Codice IBAN (Fotocopia) Cassa

Allega la seguente documentazione:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Eventuale altra documentazione idonea comprovante lo stato di bisogno e di disagio;
- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità e Codice Fiscale;

Il richiedente autorizza, altresì, il Distretto Socio Sanitario N. 30 ad utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta per le finalità prevista dalla legge, nonché per elaborazioni statistiche da svolgere in forma anonima e per eventuale pubblicazione degli esiti, il tutto nel rispetto nei limiti posti dalla Legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Patti li,

FIRMA