

DOMANDA DI ACCESSO ALLE AZIONI DI SUPPORTO ALL'ABITARE

D.G.R. 5324/2021 e precedenti per i Comuni dell'Ambito del Piano di Zona
D.G.R. 5395/2021 e 5324/2021 per il Comuni di Lodi

Cognome				Nome		
Indirizzo residenza					Civico.	
CAP		Comune			Prov.	
Telefono			Cellulare			
E-mail						
codice fiscale						

Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Comune di Nascita			Prov.	
Nazione di Nascita				Data di Nascita	/	/
Cittadinanza (Nome Stato)						

DOCUMENTO DI IDENTITÀ'

n° documento		Rilasciato dal Comune di		in data	
--------------	--	--------------------------	--	---------	--

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Chiede di essere ammesso alle misure di supporto all'abitare
anche in relazione alle difficoltà economiche conseguenti alla situazione di emergenza sanitaria determinata dal
COVID 19 nell'anno 2021 per una delle seguenti misure:

MISURA di sostegno all'affitto (Misura unica per il sostegno al mantenimento dell'alloggio)

Oppure

MISURA per inquilini con intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la convalida (Misura fondo inquilini morosi incolpevoli)

Compilare il modulo 1) per fare domanda per la **misura di sostegno all'affitto (Misura unica per il sostegno al mantenimento dell'alloggio.)**

Compilare il modulo 2) per fare domanda per la **misura per inquilini con intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la convalida (Misura fondo inquilini morosi incolpevoli)**

Modulo 1

MISURA di sostegno all'affitto (Misura unica per il sostegno al mantenimento dell'alloggio)

Il sottoscritto DICHIARA:

- di avere i seguenti requisiti:
 - non essere sottoposto a procedure di rilascio dell'abitazione;
 - non essere proprietari di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
 - avere un ISEE max fino a € 26.000,00;
 - essere residente nell'alloggio in locazione da almeno 6 mesi, a partire dalla data di presentazione della domanda.
- di essere in una/ più delle condizioni seguenti:
 - perdita del posto di lavoro;
 - consistente riduzione dell'orario di lavoro/mobilità/cassa integrazione;
 - mancato rinnovo dei contratti a termine;
 - cessazione di attività libero-professionali;
 - malattia grave, infortunio, decesso di un componente del nucleo familiare;
 - di essere **pensionato** e di abitare in un alloggio economicamente impegnativo;
 - altro; specificare: _____

DICHIARA INOLTRE:

- Di avere un ISEE pari a: € _____ n° protocollo: _____
- Data inizio morosità: ____ / ____ / ____ Numero mesi di morosità: _____
- Affitto mensile: € _____ spese condominiali: € _____
- il nucleo familiare è composto da n° ____ persone:
- di cui minori n° ____; anziani n° ____; disabili n° ____;
- di essere pensionato con un importo netto mensile di € _____;
- di percepire il Reddito o la Pensione di Cittadinanza dell'importo mensile di € _____;
- di essere percettore di altre forme di sostegno al reddito da altro Ente (es. INPS ecc.) di € _____

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Contratto d'affitto**
- Documentazione relativa alla pensione da lavoro**
- DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA RIDUZIONE DEL REDDITO come ad esempio**
 - ✓ Copia lettera di licenziamento
 - ✓ Copia comunicazione di riduzione attività lavorativa
 - ✓ Copia comunicazione di sospensione dal lavoro
 - ✓ Copia del contratto di lavoro scaduto
 - ✓ Copia della comunicazione di Cassa Integrazione
 - ✓ Atto di cessazione di attività libero professionale
 - ✓ Documentazione sanitaria

ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI: _____

Luogo e data

Firma del dichiarante

Modulo 2

MISURA per inquilini con intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la convalida (Misura fondo inquilini morosi incolpevoli)

Il sottoscritto DICHIARA:

- di avere i seguenti requisiti:
 - avere un ISEE max fino a € 26.000,00;
 - essere destinatario di un atto di intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la convalida;
 - non essere proprietario di alloggio adeguato in Regione Lombardia;
 - essere titolare di un contratto di locazione e di risiedere nell'alloggio oggetto della procedura da almeno un anno;
- di essere in una/ più delle condizioni seguenti:
 - perdita del posto di lavoro;
 - consistente riduzione dell'orario di lavoro/mobilità/cassa integrazione;
 - mancato rinnovo dei contratti a termine;
 - cessazione di attività libero-professionali;
 - malattia grave, infortunio, decesso di un componente del nucleo familiare;
 - altro; specificare: _____

DICHIARA INOLTRE:

- Di avere un ISEE pari a: € _____ n° protocollo: _____
- Data inizio morosità: ____ / ____ / ____ Numero mesi di morosità: _____
- Affitto mensile: € _____ spese condominiali: € _____
- il nucleo familiare è composto da n° ____ persone:
- di cui minori n° ____; anziani n° ____; disabili n° ____;
- di essere pensionato con un importo netto mensile di € _____;
- di percepire il Reddito o la Pensione di Cittadinanza dell'importo mensile di € _____;
- di essere percettore di altre forme di sostegno al reddito da altro Ente (es. INPS ecc.) di € _____

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Contratto d'affitto**
 - DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA PROCEDURA DI SFRATTO**
 - ✓ Intimazione di sfratto e citazione per convalida ed atti successivi notificati dagli ufficiali giudiziari (Atto di convalida di sfratto, Atto di precetto per rilascio dell'immobile, Avviso di sloggio, ecc...)
 - DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA RIDUZIONE DEL REDDITO come ad esempio**
 - ✓ Copia lettera di licenziamento
 - ✓ Copia comunicazione di riduzione ore di lavoro
 - ✓ Copia comunicazione di sospensione dal lavoro
 - ✓ Copia del contratto di lavoro scaduto
 - ✓ Copia della comunicazione di Cassa Integrazione
 - ✓ Atto di cessazione di attività libero professionale
 - ✓ Documentazione sanitaria
- ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI: _____

Luogo e data

Firma del dichiarante

Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento. Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.