



Città di
Bollate

All'Ufficio Servizio Politiche Abitative

**SOSTEGNO AI NUCLEI FAMILIARI TITOLARI DI CONTRATTO DI LOCAZIONE
SUL LIBERO MERCATO E SOTTOPOSTI A PROCEDURA
DI SFRATTO PER MOROSITÀ INCOLPEVOLE**

DOMANDA EROGAZIONE CONTRIBUTO

(Decreto MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI del 14 MAGGIO 2014, nr. 202)
(D. G. Regione Lombardia X/2648 del 14 NOVEMBRE 2014)

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____
data di nascita _____ comune di nascita _____
provincia di nascita _____ stato estero di nascita _____
telefono _____

Il titolare/sottoscrittore del contratto di locazione di alloggio sito in:
via _____ n. _____
Dal ___/___/___
Telefono e mail _____

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

DICHIARA DI ESSERE

- Cittadino italiano/cittadino UE
Cittadino non appartenente all'UE in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità con scadenza il ___/___/___ (allegato obbligatorio [1]: copia del permesso di soggiorno)
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di richiesta di rinnovo del permesso presentata in data ___/___/___ (allegati obbligatori [1]: copia del permesso di soggiorno e [2]: copia della richiesta di rinnovo)
- Cittadino non appartenente all'UE in possesso di carta di soggiorno (allegato obbligatorio [3]: copia della carta di soggiorno)





Città di
Bollate

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, così come risultante dalla dichiarazione ISE/ISEE, è composto da (includere i dati del richiedente; se il nucleo è variato rispetto all'ISE/ISEE indicare la composizione anagrafica attuale):

PROGRESSIVO	NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	COD. FISCALE	(*)	RELAZIONE (**)

(*) Indicare il numero corrispondente ad una delle sottoelencate condizioni:

🍏 A = anziano ultra sessantacinquenne

🍏 M = minore (alla data di compilazione della domanda)

🍏 D = disabile con invalidità \geq al 74% (allegato obbligatorio [4]: copia certificato di invalidità)

🍏 API = componente del nucleo familiare in carico ai Servizi Sociali o alle competenti A.S.L. (indicare quale) _____ per l'attuazione di un progetto assistenziale individuale.

(**) Indicare la relazione con il richiedente (moglie, marito, figlio/a, genitore, altro).





Città di
Bollate

DI ESSERE CONDUTTORE:

DELL'UNITÀ ABITATIVA SITA IN

(via/viale/largo/piazza)(civ).....(int).....

DATI CATASTALI: Foglio..... Mappale.....Subalterno.....;

CATEGORIA CATASTALE(sono escluse dal beneficio le categorie catastali A/1, A/8 e A/9);

IN FORZA DI CONTRATTO DI LOCAZIONE SOTTOSCRITTO CON IL SIGNOR/A (PROPRIETARIO/LOCATORE) (allegato obbligatorio [5]: copia contratto di locazione con estremi di registrazione ed eventuale subentro):

C.F.....TELEFONO.....

EMAIL.....

STIPULATO IN DATA (data stipula originaria) ___/___/_____ E

REGISTRATO IN DATA ___/___/_____

ADUNCANONE ANNUO (ESCLUSE LE SPESE CONDOMINIALI) PARI AD €

E SPESE CONDOMINIALI PARI A € ANNUI.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE MOROSO nel pagamento del canone di affitto dal (mese/anno - riportare la medesima data indicata nell'atto di intimazione) ___/_____ in relazione al contratto di locazione sopraindicato, per il quale è stata emessa l'intimazione di sfratto in data ___/___/_____.(allegato obbligatorio [6]: copia intimazione di sfratto)

CHE LA MOROSITÀ, ALLA DATA DI SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE RICHIESTA È PARI ad € ed è sopravvenuta a seguito di perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare per (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):

- 🍏 Perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____ (allegato obbligatorio [7]: copia lettera di licenziamento)
- 🍏 Riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____ (allegato obbligatorio [8]: comunicazione di riduzione di attività lavorativa)
- 🍏 Cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/_____ (allegato obbligatorio [9]: comunicazione di sospensione dal lavoro)





Città di
Bollate

- 🍏 **Mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico** del/la Sig./Sig.ra.....
dal (mese/anno) ___/____ (allegato obbligatorio [10]: copia del contratto di lavoro scaduto)
- 🍏 **Cessazione di attività libero-professionale o di impresa registrata** del/la Sig./Sig.ra.....
.....dal (mese/anno) ___/____
(allegato obbligatorio [11]: visura camerale)
- 🍏 **Malattia grave** del/la Sig./Sig.ra dal (mese/anno) ___/____
per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad €
(allegati obbligatori [12]: copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; [14]: copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche. Nel caso di spese interamente a carico del Servizio Sanitario, dovrà essere dimostrata la caduta di reddito dovuta alla malattia)
- 🍏 **Infortunio** del/la Sig./Sig.radal (mese/anno) ___/____ per la quale sono state sostenute spese mediche pari ad € (allegati obbligatori [13]: copia certificazione infortunio; [14]: copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)
- 🍏 **Decesso** del/la Sig./Sig.ra in data (mese/anno) ___/____
- 🍏 **Separazione o divorzio** già avvenuto in data (mese/anno) ___/____, presso il Tribunale o dinanzi all'Ufficiale di Stato Civile, sentenza/omologa di separazione o divorzio n.____ del (giorno/mese/anno) ___/___/____, Tribunale di _____, data di deposito (giorno/mese/anno) ___/___/____. Luogo _____ e data (giorno/mese/anno) ___/___/____. di celebrazione del matrimonio
- 🍏 **Separazione o divorzio** in corso di giudizio alla data del (mese/anno) ___/____, presso il Tribunale o dinanzi all'Ufficiale di Stato Civile, (allegati obbligatori [15]: copia del ricorso per separazione o per divorzio con timbro di deposito presso il Tribunale competente)
- 🍏 **Accrescimento naturale del nucleo familiare per la nascita** di _____ in data (mese/anno) ___/____
- 🍏 **Ingresso nel nucleo familiare** del Sig./Sig.ra _____ in data (mese/anno) ___/____ (nei casi di ricongiungimento familiare, per l'ampliamento del nucleo familiare si fa riferimento alla data di registrazione anagrafica presso l'alloggio oggetto della procedura di sfratto)
- 🍏 **Decremento del nucleo familiare per allontanamento** del Sig./Sig.ra _____ in data (mese/anno) ___/____ (Nel caso in cui il soggetto che ha abbandonato il nucleo non abbia richiesto nuova residenza il richiedente DICHIARA di aver provveduto in data (mese/anno) ___/____ a richiedere all'Ufficio Anagrafe la cancellazione anagrafica per irreperibilità dello stesso)
- 🍏 **Cessazione in data** (mese/anno) ___/____ dell'erogazione di contributo pubblico a favore del Sig./Sig.ra _____ (allegati obbligatori [16] copia comunicazione dell'ente di cessata erogazione del contributo)





Città di
Bollate

DI AVERE:

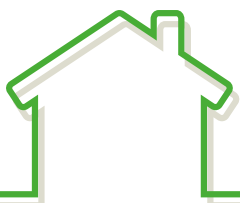
- 🍏 un reddito I.S.E. (*) non superiore ad € 35.000,00 (allegato obbligatorio [17]: copia della certificazione in corso di validità)
- 🍏 un reddito derivante da regolare attività lavorativa con un valore I.S.E.E. (*) non superiore ad € 26.000,00 (allegato obbligatorio [17]: copia della certificazione in corso di validità)

CHE LA SITUAZIONE PATRIMONIALE E REDDITUALE del nucleo familiare, ai fini delle verifiche necessarie per il prosieguo della presente domanda, è quella dichiarata nell'allegato MOD. 1 [18].

CHIEDE:

- di essere ammesso all'erogazione del contributo per morosità incolpevole, previsto dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 14 maggio 2014, nr. 202, secondo le linee guida approvate da Regione Lombardia con D.G.R. del 14 novembre 2014, nr. X/2648 e n. X/4247 del 30 ottobre 2015 finalizzato a:

- 🍏 sanare la morosità accumulata nei confronti del proprietario e cessare la materia del contendere (*) ovvero ad ottenere l'estinzione del giudizio mantenendo il contratto in essere
- 🍏 sanare la morosità accumulata nei confronti del proprietario che si impegni alla sottoscrizione di un nuovo contratto a canone concordato o a un canone inferiore a quelli di mercato per il medesimo alloggio oggetto del provvedimento di convalida
- 🍏 ristoro del proprietario dell'alloggio che dimostri la disponibilità a consentire il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile
- 🍏 sottoscrivere un nuovo contratto di locazione a canone concordato o ad altre tipologie di canone inferiore a quelli di mercato per un alloggio diverso da quello oggetto del provvedimento di rilascio e sostenere le spese relative al deposito cauzionale, per il trasloco e la stipula di nuovi contratti delle utenze domestiche





Città di
Bollate

(*) Qualora la domanda fosse presentata prima della convalida di sfratto, sarà onere del richiedente provvedere al suo aggiornamento, dopo l'eventuale convalida, presso l'Agenzia Sociale per L'Abitare C.A.S.A. dove ha inizialmente presentato la domanda, al fine dell'inserimento degli elenchi da inviare alla Prefettura di Milano.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale procederà alla verifica dei dati dichiarati e della documentazione allegata nel termine di 30 giorni dalla data di presentazione della domanda. Tale termine non potrà essere ridotto in relazione all'imminenza dell'esecuzione dello sfratto.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere consapevole che l'erogazione del fondo è subordinata alla definizione delle somme a tal fine messe a disposizione da Stato e Regione, nonché dei criteri di erogazione.

Data _____ Firma _____

N.B. La firma è obbligatoria ai fini della validità della domanda.

Allegare copia del documento di identità in corso di validità (DPR 445/2000 - art. 38 - comma 3).

