Ambito Territoriale Sociale XVI

Data del colloquio _____

Sede punto di ascolto_____

Operatore_____

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome della persona_____

Nato/a a _____ il

____/____/____ ; di nazionalità _____

Residente nel Comune di _____

in via/p.zza _____ Telefono_____

C.F. _____ ;

Documento d'identità in corso di validità:

□ C.I. n._____ □ Passaporto n. _____

□ Permesso di Soggiorno n._____ Motivo del rilascio_____

rilasciato da _____ con scadenza il _____/_____/_____

Patente_____

DICHIARA

Ambito Territoriale Sociale XVI

Livello di istruzione _____	**Livello di istruzione dei familiari se presenti:** **1.** _____ **2.** _____
□ **Di essere occupato** □ Contratto a tempo indeterminato □ Contratto a tempo determinato □ Contratto a progetto □ Altro _____	□ **Di <u>non</u> essere occupato dal**_____

Che il mio nucleo familiare è composto da n. ____ persone attualmente residenti con me (compilare il modello dichiarazione anagrafica nuclei familiari vedere allegato).

I miei familiari:

□ **occupati sono n.** _____

□ con contratto a tempo indeterminato n. _____

□ con contratto a tempo determinato n. _____

□ con contratto a progetto n. _____

□ altro _____ n. _____

□ **non sono occupati**

□ **portatori di handicap sono n.** _____ che ricevono sussidi* mensili per un totale di € _____

□ **anziani non autosufficienti sono n.**_____ che ricevono sussidi* mensili per un totale di € _____

(**sussidi* quali: pensioni, contributi pubblici, indennità, ecc.)

□ **Di essere assistito in maniera continuativa da (indicare associazione)** Tipo di servizio _____ _____ □ **Di <u>non</u> essere assistito in maniera continuativa da nessuna associazione**	□ **Di essere assistito in maniera continuativa dai Servizi Sociali** Tipo di servizio _____ _____ □ **Di <u>non</u> essere assistito in maniera continuativa dai Servizi Sociali**

Ambito Territoriale Sociale XVI

Rete sociale presente- rete di aiuto presente

Famiglia:

_____

Amici/volontario e altro

Di avere percepito negli ultimi 6 (sei) mesi un'entrata OGNI MESE di € _____ (la cifra indicata riguarda TUTTO il nucleo famigliare) Proveniente da:

□ lavoro a vario titolo € _____

□ pensione € _____

□ pensione invalidità/accompagnamento € _____

□ assegno di mantenimento € _____

□ disoccupazione/cassa integrazione/mobilità € _____

□ **Di sostenere un affitto di €** _____

□ Privato □ Casa popolare □ Casa comunale

□ **Di sostenere una rata di mutuo mensile da €** _____ per

□ acquisto casa □ ristrutturazione casa □ altro _____

□ **Di aver ricevuto notifica di sfratto da** _____

□ **Di avere debiti con finanziarie per (specificare motivazione ed importo)**

_____

_____

_____ per € complessivi_____

□ **Di avere debiti per utenze varie per (specificare tipo ed importo)**

_____

_____

_____ per € complessivi_____

□ **Di avere altri debiti per (specificare tipo ed importo)**

_____

_____

_____ per € complessivi_____

□ **Di dover pagare Assicurazione RCA (specificare tipo: annuale, semestrale, mensile, ecc.) Auto per €**

_____

_____

_____ per € complessivi_____

Ambito Territoriale Sociale XVI

Valutazione finale ed individuazione del bisogno da riportare in commissione

1. _____
2. _____
3. _____

Individuazione di possibili interventi che verranno valutati insieme alla commissione

1. _____
2. _____

A prova di quanto sopra dichiarato, allego quanto segue:

1. Documento di identità in corso di validità (mio e dei miei familiari); 2. Attestato di famiglia (rilasciato in carta semplice dal Comune);
3. ISEE;
4. **Buste paga e/o distinte delle pensioni**;
5. Certificato storico lavorativo;
6. Contratto di affitto o mutuo;
7. Altri documenti _____

N.B.: <u>i documenti richiesti devono essere riconducibili all'ultimo semestre</u>. La presentazione dell'ISEE sostituirà alcuni documenti richiesti in allegato

Io sottoscritto/a mi impegno a comunicare ogni evento che determini variazioni della mia situazione familiare e a fornire, a richiesta degli operatori del servizio, qualsiasi ulteriore informazione e documentazione necessaria per l'espletamento della pratica in oggetto.

Io sottoscritto/a, in conformità all'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003, autorizzo il trattamento dei propri dati personali allo scopo di consentire lo svolgimento del procedimento relativo alla pratica di cui all'oggetto ed è a conoscenza dei diritti attribuiti all'art. 7 del D. Lgs 196/03.

Macerata , lì ____/____/_____

Firma _____

Firma Operatore_____

Ambito Territoriale Sociale XVI

Per i cittadini stranieri:

Io sottoscritto/a dichiaro di aver compreso bene il contenuto del presente documento redatto in lingua italiana.

Firma _____

In fede.

Macerata, lì _____/_____/_____

Spazio riservato per annotazioni dei volontari parrocchiali o dell'equipe di valutazione

Ambito Territoriale Sociale XVI

Modello 15

Modello per la dichiarazione anagrafica dei nuclei familiari

Autocertificazione

Anno 2014/2015

Il/La sottoscritto/a_____ nato a_____
_____ Pr. _____il_____ C.F. _____e residente
in _____alla
Via_____n.__Cap:___Città:_____
_____Pr.:_____Professione:_____ Telefono casa:_____
Cellulare:_____ E-mail:_____@_____

il sottoscritto, come sopra generalizzato, consapevole di quanto contenuto dell'art. 76 del TU 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 e 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1 –di ricevere esclusivamente prodotti alimentari, donati per il tramite dal Banco delle Opere di Carità, per sé e per la propria famiglia dall'Ente - _____ a titolo gratuito e senza alcuna forma di contribuzione,

2 – che il proprio nucleo familiare oltre al sottoscritto è composto dalle seguenti persone:

Coniuge:_____ nato/a a _____
il_____ C.F._____ residente in _____
alla via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

Figlio/a:nome_____nato a_____
il_____C.F._____residente in _____alla
via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

Figlio/a:nome_____nato a_____
il_____C.F._____residente in _____alla
via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

Figlio/a:nome_____nato a_____
il_____C.F._____residente in _____alla
via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

Figlio/a:nome_____nato a_____
il_____C.F._____residente in _____alla
via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

Figlio/a:nome_____nato a_____
il_____C.F._____residente in _____alla
via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

Figlio/a:nome_____nato a_____
il_____C.F._____residente in _____alla
via o piazza _____ n.__ Cap:_____ Città:_____
_____ Pr.:_____ cell:_____

3- Eventuali persone a carico:

Nome_____Cognome_____
nato a_____il_____C.F._____residente in
_____alla via o piazza _____ n.__
Cap:_____ Città:_____ _____ Pr.:_____ cell:_____

Nome_____Cognome_____
nato a_____il_____C.F._____residente in
_____alla via o piazza _____ n.__
Cap:_____ Città:_____ _____ Pr.:_____ cell:_____

Si allega alla presente richiesta:

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del C.F. del richiedente.
- Fotocopia dello stato di famiglia.
- Fotocopia dei documenti di riconoscimento e del C. F. delle persone su indicate.
- Almeno uno dei seguenti documenti:
  - fotocopia del modello ISEE;
  - documento di affidamento da parte del Comune o dei servizi sociali;
  - verbale di visita domiciliare per accertamento condizioni di indigenza.
- Autorizzazione modello Privacy.
- _____
- _____

Data
___/___/_____

FIRMA

_____