

SPAZIO PER IL PROTOCOLLO

Al Comune di Arluno
Servizi Sociali
Sede

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

Cittadinanza _____ Stato civile _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

E mail _____

Invalidità Civile riconosciuta al _____ domanda in corso no

Titolo di studio: _____ Patente di guida: Si No

Per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea di essere in possesso di :

Permesso di Soggiorno valido fino al _____ per motivi di _____

Permesso di Soggiorno CEE per soggiornanti lungo periodo

Carta di Soggiorno

Professione: _____ Presso: _____

- a tempo indeterminato
- lavoratore a tempo determinato
- lavoratore con contratto flessibile
- lavoratore in mobilità
- lavoratore in cassa integrazione

Condizione non lavorativa:

- disoccupato con indennità
- disoccupato senza indennità
- inoccupato
- iscritto al Centro per l'Impiego
- non iscritto al Centro per l'Impiego per i seguenti motivi _____

- iscritto a sportelli per il lavoro o agenzie interinali
 non iscritto a sportelli per il lavoro o agenzie interinali _____

In carico ai seguenti Servizi territoriali:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro Psico Sociale (C.P.S.) | <input type="checkbox"/> Servizio Disabilità |
| <input type="checkbox"/> Servizio Dipendenze (SER.T.) | <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) |
| <input type="checkbox"/> Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) | <input type="checkbox"/> Consultorio Familiare |
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

IN QUALITA' DI

- richiedente
 Coniuge
 Convivente
 Altro _____

CHIEDE

la concessione della seguente prestazione:

- sostegno economico
 gratuità/riduzione servizi scolastici ed educativi
 gratuità/riduzione servizi parascolastici (pre-scuola, post-scuola)
 assistenza educativa domiciliare minori (A.D.M.)
 assistenza domiciliare persone con disabilità e/o anziane
 pasti a domicilio
 trasporto sociale
 compartecipazione alla retta per centri diurni minori/disabili/anziani
 compartecipazione alla retta per servizi residenziali
 altro (specificare) _____

Soggetti per i quali si chiede l'intervento:

- Per sè
 Per la seguente persona:

Signor/ra _____ nato/a _____ il _____
residente a _____ prov. _____ in via _____ N° _____
telefono _____ codice fiscale _____

Invalidità Civile: riconosciuta al _____% domanda in corso no

A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE

1) È in possesso della attestazione ISEE Sì No *

In caso di risposta positiva:

- ✓ Valore I.S.E.E. di _____ pari a € _____
_____ rilasciato in data _____
- ✓ Eventuale ISEE corrente di _____ pari a € _____
rilasciato in data _____

*** IN CASO DI RISPOSTA NEGATIVA ACCETTA IL PAGAMENTO DELLA TARIFFA MASSIMA.**

IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA DICHIARA ALTRESI':

3) il nucleo familiare di effettiva convivenza è composto da n. ____ persone

Cognome e Nome*	Data di nascita	Parentela	Occupazione	Entrata percepita Mensile**	% Invalidità civile

* Indicare eventuali ospitalità

** Indicare anche gli emolumenti-proventi non imponibili fiscalmente: pensione di invalidità civile, pensione e assegno sociale, indennità di accompagnamento, pensione per ciechi assoluti e per ciechi parziali, pensione per i sordomuti, pensione di guerra, rendite INAIL ecc. , entrate da voucher lavoro, borse lavoro o tirocinio e assimilati, nonché assegni di mantenimento o alimentare anche relativi a figli conviventi ricevuti dal coniuge o dall'altro genitore.

4) il suo nucleo familiare dispone alla data attuale del seguente patrimonio mobiliare (risparmi) _____ depositato nel seguente conto corrente / conto di deposito / altro (specificare) _____

NB: allegare saldo aggiornato al mese di presentazione della domanda ed estratto conto dei movimenti dell'ultimo semestre (compreso il mese di dicembre u.s.) dei conti e depositi di ciascun componente il nucleo familiare

oppure

di non disporre di alcun conto corrente bancario, postale, deposito, carta prepagata o altro.

5) il nucleo familiare deve affrontare periodicamente ovvero in maniera straordinaria le seguenti spese:

Ammontare della spesa in euro	Motivazione/tipologia

6) il nucleo familiare vive in alloggio:

- in locazione
- di edilizia residenziale pubblica
- di proprietà
- in usufrutto
- altro (specificare) _____

Il canone di affitto/rata di mutuo ammonta ad € _____ mensile

Le spese condominiali ammontano ad € _____ mensili

- Il suddetto alloggio è gravato dai seguenti arretrati
 - canone di locazione per complessivi €. _____
 - utenze domestiche
 - a. acqua potabile per €. _____
 - b. energia elettrica per €. _____
 - c. gas metano per €. _____
 - eventuali altri oneri _____

7) il nucleo familiare è intestatario delle seguenti utenze:

- N. _____ utenze elettriche domestiche
- N. _____ utenze elettriche non domestiche
- N. _____ utenze elettriche del gas metano o teleriscaldamento
- N. _____ abbonamenti pay - tv

N.B. barrare nel caso in cui sia in atto procedura di :

- Sfratto
- Sfratto esecutivo previsto per il giorno _____
- Recupero credito

8) il nucleo familiare ha in essere i seguenti finanziamenti – prestiti:

I. contratto in data _____, con termine in data _____ con _____ la cui rata mensile ammonta a € _____ per il seguente

motivo _____ e di essere/non essere in regola con il piano di restituzione

II. contratto in data _____, con termine in data _____ con _____ la cui rata mensile ammonta a € _____ per il seguente motivo _____ e di essere/non essere in regola con il piano di restituzione

III. contratto in data _____, con termine in data _____ con _____ la cui rata mensile ammonta a € _____ per il seguente motivo _____ e di essere/non essere in regola con il piano di restituzione

IV. contratto di microcredito in data _____ con termine in data _____ con _____ la cui rata mensile ammonta a € _____ per il seguente motivo _____ e di essere / non essere in regola con la restituzione

9) di possedere i seguenti **veicoli**:

automobile: marca _____ targa _____ potenza cv _____ anno immatricolazione _____

automobile: marca _____ targa _____ potenza cv _____ anno immatricolazione _____

motociclo: marca _____ targa _____ cilindrata cc _____ anno immatricolazione _____

DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI

avere i seguenti familiari non conviventi (figli, genitori, fratelli, cognati/nuore, suoceri) cui poter chiedere aiuto in relazione all'art. 433 e seg. del Codice Civile:

Cognome e Nome	Parentela	Occupazione	Sostegno economico ricevuto	Finalità

concordare con il Servizio Sociale il coinvolgimento dei soggetti tenuti agli alimenti per un eventuale piano di aiuto

NON avere familiari cui poter chiedere aiuto in relazione all'art. 433 e seg. del Codice Civile.

Ai fini della valutazione della istanza, il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che il nucleo familiare fruisce già dei seguenti interventi e prestazioni:

- Sostegno economico
- Fondo sostegno affitto
- Bonus gas/bonus energia
- Gratuità/riduzione servizi scolastici ed educativi (rette, mensa, trasporto, centro estivi)
- Gratuità/riduzione servizi parascolastici (pre scuola, post scuola)
- Riduzione/esenzioni tributarie comunali
- Assegno maternità
- Assegno nucleo familiare (n. tre figli minori)
- Buono sociale anziani e disabili
- Assistenza educativa domiciliare minori (A.D.M)
- Assistenza domiciliare persone con disabilità e/o anziane
- Pasti a domicilio
- Telesoccorso
- Compartecipazione retta centro diurno minori/disabili/anziani
- Compartecipazione retta servizi residenziali
- Voucher lavoro
- Sostegno economico effettuato da parte delle rette familiari ed amicale
- Sostegno economico effettuato sia in denaro sia in bene da enti di assistenza e beneficenza
- Altro _____

Il sottoscritto richiedente, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false: “le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge, sono puniti ai sensi del c.p. e delle leggi speciali in materia”, artt. 75 e 76 del D. Lgs. 445/2000

DICHIARA DI

- a. di impegnarsi a sottoscrivere, se previsto, il Progetto Individualizzato ed il Contratto Sociale contenente le responsabilità e gli eventuali impegni che saranno posti in capo alla propria persona e alla propria famiglia al fine di superare la condizione di bisogno;
- b. Di non aver già beneficiato di contributi comunali di importo maggiore a € 3000.00 nell’anno in corso.
- c. di essere consapevole che la mancata sottoscrizione o mancato rispetto degli impegni assunti sarà motivo di esclusione o sospensione delle prestazioni socio-assistenziali richieste o accordate;
- d. di impegnarsi altresì, in caso di accoglimento della presente, a segnalare, non oltre 30 gg dal suo verificarsi, qualsiasi variazione dei redditi e della sua composizione familiare ed a esibire qualunque documentazione richiesta dal Comune;
- e. di essere consapevole che potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite anche tramite la Guardia di Finanza e altri enti pubblici;
- f. di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, il trattamento dei propri dati personali, nonché di autorizzare il Comune di Arluno, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.
Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Arluno; Responsabile dell’ Area Socio- Culturale.
L’incaricato del trattamento dati è l’Assistente Sociale _____

DICHIARA

di essere stato/a informato/a che:

- il procedimento si concluderà entro 30 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda al protocollo dell'ente.
- può prendere visione degli atti che riguardano la domanda, presentando apposita richiesta agli uffici dei Servizi Sociali comunali.

Tutto ciò dichiarato,

CHIEDE CHE

a. il contributo eventualmente riconosciuto sia erogato:

- mediante accredito su conto corrente bancario o postale intestato a:

IBAN _____

Banca _____

- mediante riscossione c/o la Tesoreria Comunale con mandato intestato a:

Codice Fiscale _____

b. il contributo eventualmente riconosciuto sia amministrato dai Servizi Sociali comunali.

Allegati:

- Dichiarazione Sostitutiva Unica ISEE in corso di validità + Attestazione ISEE;
- Copia fotostatica del documento d'identità del firmatario
- Copia fotostatica del verbale di invalidità civile
- N. _____ certificazione_ rilasciat_ dal Centro per l'Impiego relativo allo Stato Occupazionale;
- Copia del permesso o carta di soggiorno dei componenti il nucleo familiare (se cittadini stranieri non appartenenti alla Unione Europea);

Luogo e data, _____

Firma _____

Domanda per la concessione di contributi/agevolazioni
RICEVUTA

Con la presente si accusa ricevuta della domanda di contributo in data _____

presentata da _____

per _____

Il Responsabile del Procedimento è _____

Il referente per la trattazione della istanza è _____

a cui potrà rivolgersi negli orari di ricevimento ed al seguente numero telefonico 02 - 9039923_____, con l'avvertenza che la pratica sarà definita entro il termine di trenta giorni lavorativi a partire dal ricevimento della istanza medesima.

Luogo e data _____
