

4) che lo stato occupazionale e la situazione economica di ogni componente il nucleo familiare risultano:
 (elencare tutte le entrate a qualsiasi titolo percepite es.: assegno di invalidità, indennità di accompagnamento, assegno INAIL, pensioni e qualsiasi altro tipo di provvidenze ecc...)

COGNOME E NOME	QUALIFICA	PERIODO DI DISOCCUP. Agenzia del lavoro	PERIODO DI LAVORO	REDDITO CORRENTE ANNO	REDDITO ANNO PREC.	DESCRIZIONE ENTRATA

5) che la casa dove risiede il nucleo familiare del richiedente e/o beneficiario del servizio/intervento risulta essere:

- appartamento pianoterra seminterrato altro

e che tale alloggio è

- di proprietà
 in uso gratuito
 in usufrutto
 in affitto (indicare gli estremi del proprietario, doc. registrazione contratto e canone di locazione).....

6) Altro da dichiarare

Allega alla presente istanza:

- fotocopia dell'attestazione ISEE rilasciata sulla base della Dichiarazione Sostitutiva Unica;
- fotocopia di un documento di riconoscimento;
- eventuale altra certificazione attestante lo stato di disagio in cui versa l'intero nucleo familiare, di seguito elencata

Il sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole della veridicità dei propri dati i quali saranno utilizzati al fine di erogare i servizi richiesti su programmi individuali di sostegno, assistenza e prevenzione e che tali dati potranno essere trattati dal Comune di Manfredonia relativamente alle relazioni con Enti, Uffici o incaricati esterni con i quali l'Amministrazione Comunale intrattiene rapporti istituzionali, normativi o contrattuali, ai sensi del D.Lgs. 196/03, fermo restando che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

luogo, data

F I R M A

.....(1)

Doc. Ricon.....

N.del.....

Titolare del trattamento: Comune di Manfredonia;

Responsabile del trattamento: dirigente del Settore di competenza.

(1) Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000 – le istanze sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto al servizio ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Caso in cui il dichiarante non sappia o non possa firmare

Il sottoscritto, Pubblico Ufficiale, attesta che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato a mezzo di _____ che non può firmare a causa di _____

data _____

_____ (firma per esteso del pubblico ufficiale)

Eventuale delega a riscuotere (obbligatoria per chi non sa firmare da rilasciare in presenza del pubblico ufficiale).

Il sottoscritto istante delega il Sig. _____ nat... il a.....ivi residente in Via....., rec. Telef., alla riscossione del contributo che sarà eventualmente concesso.

IL DELEGANTE

IL DELEGATO

.....

.....

C. F.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

ISTRUTTORIA DELLA DOMANDA

Dalla verifica di quanto dichiarato nella richiesta avanzata dal sig. _____ e sulla base dell'indagine sociale, effettuata sul nucleo familiare del beneficiario del servizio/intervento, di che trattasi, si propone, per i motivi indicati nell'allegata scheda di rilevazione della domanda, di **respingere / erogare** in favore del sig. _____

quanto segue:

- servizio: _____;
- contributo economico: € _____ per la seguente motivazione:

L'ASSISTENTE SOCIALE

.....

PRESCRIZIONI PER L'UTENTE

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata, completa della relativa documentazione, presso gli uffici dei Servizi Sociali siti in Via Torre dell'Abate, nei soli giorni di apertura al pubblico.

Qualora si riscontri incompletezza di dati e carenza della documentazione richiesta a corredo della domanda, non si procederà ad erogare il beneficio richiesto.

L'intervento richiesto, in conformità ed in coerenza con quanto disposto dalle vigenti normative che regolano e disciplinano il sistema integrato dei servizi sociali, va inserito in un piano organico flessibile finalizzato a superare ed a favorire l'inclusione e l'integrazione sociale. Pertanto saranno accolte quelle istanze da cui si evincono le seguenti forme di disagio:

- Presenza di soggetti colpiti da gravi patologie invalidanti che compromettono la stabilità familiare;
- Evento straordinario ed eccezionale che sconvolge l'equilibrio familiare;
- Genitore solo con figli minori, privo di reddito e senza rete parentale;
- Persona sola e/o invalida senza reddito;
- Coniugi con minori a carico in condizioni di difficoltà e fragilità sociale.
- Persone e Nuclei familiari da accompagnare in percorsi di inclusione e di integrazione sociale.

I sottoscritt _____, dichiara di aver preso visione di quanto innanzi citato e acconsente alla eventuale visita domiciliare dell'Assistente Sociale.

Data _____

FIRMA
