**DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE DEL NUCLEO FAMILIARE**

**RICHIEDENTE GLI INTERVENTI ASSISTENZIALI**

## SI DEVONO COMPILARE CON PRECISIONE TUTTE LE PAGINE IN TUTTE LE PARTI - METTERE  **“NO”** NELLE PARTI CHE NON SI COMPILANO - DOVE CI SONO DOMANDE, METTERE UNA CROCE SU **“SI”** O **“NO”** PER INDICARE LA RISPOSTA DA DARE

### IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME..…………………………………………NOME………………………………………DATA DI NASCITA…………………….……

COMUNE DI NASCITA………………………………………………………………………………PROVINCIA………………………………...

STATO CIVILE……………………………………….CITTADINANZA…………………………………………………………………………….

PERMESSO/CARTA DI SOGGIORNO RILASCIATO IN DATA…………………………….VALIDO FINO AL……………………………..

COMUNE DI RESIDENZA…………………………………. INDIRIZZO…………………………………………TEL………………………….

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)……………………………………………………………………………………………………………

TITOLO DI STUDIO…………………………………………………………………………………………………………………………………..

INVALIDITA’ CIVILE: percentuale…………………………………. dal……………………………………………………………………………

IN CARICO A SERVIZI SPECIALISTICI:

SI’, quali…………………………………………………………….

NO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

€ SI ALLEGA DELEGA A TERZI AL PAGAMENTO

NUCLEO PERCETTORE RDC

SI’, dal……………………Contributo €…………………………...

NO

ALTRI AIUTI

€ CARTA ACQUISTI

€ ASS. MATERNITA’

€ ASS. 3°FIGLIO

€ SOSTEGNO LOCAZIONE

€ VOUCHER SCUOLA

€ ALTRO……………………

**ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO anno…………………………………….pari a €……………………………**

**ATTESTAZIONE ISEE CORRENTE richiesta il………………………………pari a €……………………………**

**ALLEGATI:**

* **ISEE (obbligatorio)**
* **ESTRATTO CONTO (obbligatorio)**
* **DELEGA AL PAGAMENTO**
* **ALTRO (specificare):**

**1.COMPOSIZIONE DEL NUCLEO E SITUAZIONE REDDITUALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |   | Nome |   |
| Luogo di nascita |   | Data di nascita |   |
| Parentela con richiedente |   |
| Codice fiscale:  |   |
| Titolo di studio |  |
| Invalidità civile percentuale |  |
| In carico servizi specialistici |   |
| □ dipendente □ lavoratore autonomo □ commerciante □ casalinga □ studente □ pensionato |
| Tipo di lavoro □ T Ind. □ T Det □ altro…………………………………. Settore lavorativo ………………….. |
| □ disoccupato □ cassa integrazione o mobilità dal…………………… □ iscritto al CPI dal……………….…. |
| Note |   |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |   | Nome |   |
| Luogo di nascita |   | Data di nascita |   |
| Parentela con richiedente |   |
| Codice fiscale:  |   |
| Titolo di studio |  |
| Invalidità civile percentuale |  |
| In carico servizi specialistici |   |
| □ dipendente □ lavoratore autonomo □ commerciante □ casalinga □ studente □ pensionato |
| Tipo di lavoro □ T Ind. □ T Det □ altro…………………………………. Settore lavorativo ………………….. |
| □ disoccupato □ cassa integrazione o mobilità dal…………………… □ iscritto al CPI dal……………….…. |
| Note |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |   | Nome |   |
| Luogo di nascita |   | Data di nascita |   |
| Parentela con richiedente |   |
| Codice fiscale:  |   |
| Titolo di studio |  |
| Invalidità civile percentuale |  |
| In carico servizi specialistici |   |
| □ dipendente □ lavoratore autonomo □ commerciante □ casalinga □ studente □ pensionato |
| Tipo di lavoro □ T Ind. □ T Det □ altro…………………………………. Settore lavorativo ………………….. |
| □ disoccupato □ cassa integrazione o mobilità dal…………………… □ iscritto al CPI dal……………….…. |
| Note |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |   | Nome |   |
| Luogo di nascita |   | Data di nascita |   |
| Parentela con richiedente |   |
| Codice fiscale:  |   |
| Titolo di studio |  |
| Invalidità civile percentuale |  |
| In carico servizi specialistici |   |
| □ dipendente □ lavoratore autonomo □ commerciante □ casalinga □ studente □ pensionato |
| Tipo di lavoro □ T Ind. □ T Det □ altro…………………………………. Settore lavorativo ………………….. |
| □ disoccupato □ cassa integrazione o mobilità dal…………………… □ iscritto al CPI dal……………….…. |
| Note |   |

**PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (EX ART.433 CODICE CIVILE): genitori, figli, fratelli**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **COMUNE****DI RESIDENZA** | **RELAZIONE PARENTELA** | **ATTIVITA’****CONDIZIONE** | **TIPO DI AIUTO/IMPORTO MENSILE** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**ASSEGNI DEL CONIUGE SEPARATO LEGALMENTE O DI FATTO, O DIVORZIATO**

**DATI ANAGRAFICI EX CONIUGE:**

COGNOME..…………………………………………NOME…………………………………………DATA DI NASCITA……………………...

COMUNE DI NASCITA………………………………………………………………………………PROVINCIA………………………………...

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOME DEL BENEFICIARIO** | **TIPO DI REDDITO** | **IMPORTO STABILITO** | **IMPORTO PERCEPITO** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**2.RIEPILOGO ENTRATE MENSILI COMPLESSIVE NUCLEO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TITOLARE REDDITO** | **TIPO REDDITO** | **IMPORTO PERCEPITO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTALE REDDITO** |  |

**ALTRI SOSTEGNI AL REDDITO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO SOSTEGNO** | **TITOLARE** | **IMPORTO PERCEPITO** |
| REDDITO/PENSIONE DI CITTADINANZA |  |  |
| CARTA ACQUISTI |  |  |
| ASS. MATERNITA’ |  |  |
| ASS. 3° FIGLIO |  |  |
| SOSTEGNO LOCAZIONE |  |  |
| VOUCHER SCUOLA |  |  |
| ALTRO |  |  |
| **TOTALE REDDITO** |  |

**3. SITUAZIONE PATRIMONIALE**

1. **CONTI CORRENTI BANCARI, POSTALI O ALTRI CONTI (anche se cointestati)**
2. Istituto di credito:….…………………………………………………………………………………………………………

**Saldo**………………………………………………………………………………

1. Istituto di credito:….…………………………………………………………………………………………………………

**Saldo**………………………………………………………………………………

1. Istituto di credito:….……………………………………………………………………………………………………..….

**Saldo**………………………………………………………………………………

ALLEGARE ESTRATTO CONTO CON SALDO E MOVIMENTI ULTIMI 3 MESI

1. **PATRIMONIO IMMOBILIARE**

I COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE POSSEGGONO I SEGUENTI **BENI IMMOBILI** (TERRENI E FABBRICATI,OLTRE ALL’ABITAZIONE PRINCIPALE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **PARENTELA** | **TIPO DI BENE POSSEDUTO** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

1. **BENI MOBILI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME E NOME** | **PARENTELA** | **VEICOLO: TIPO/MARCA, MODELLO, ANNO IMMATRICOLAZIONE, USO** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

*SPECIFICARE SE SI TRATTA DI AUTOVETTURA AD USO TRASPORTO DISABILI ED ALLEGARE DOCUMENTAZIONE*

**4. CONDIZIONE ABITATIVA**

a. EDILIZIA PRIVATA(*da compilare qualora il richiedente risieda in alloggio privato – barrare la casella*)

□ di vivere in alloggio di proprietà

 □ piena proprietà □ comproprietà

 □ mutuo mensile €……………………………………………………………………………..…………………………….……

 □ morosità €……………………………………………………………………………………………………………………..…

□ di essere locatario di alloggio privato

 □ affitto mensile €…………………………………………………………………………………………………………….……

 □ di aver pagato regolarmente l’affitto fino al mese di ………………………………………………………….…………….

 □ di avere morosità in relazione alle seguenti mensilità…………………………………………………………..………….

 ………………………………….. per un totale di €………………………………………………………………………..….

 □ di avere moratoria di sgombero fissata per il……………………………………………………………………………….

 □ di aver subìto sfratto in data……………………………………………………………………………………………..……

□ di vivere in alloggio in uso gratuito o comodato d’uso (*specificare*)…………………………………………...……………………...

□ di essere ospite presso………………………………………………………………………………………………………..…………..

b. EDILIZIA PUBBLICA(*da compilare qualora il richiedente risieda in alloggio di edilizia residenziale pubblica – barrare la casella*)

□ di aver presentato domanda casa ATC in data ……………………………………………………………………………………….…

□ di essere in graduatoria per assegnazione casa ATC / CIT (*specificare*)…………………………………………………………….

□ di essere assegnatario di casa ATC / CIT (*specificare*)………………………………………………………………………..………..

 □ canone mensile €……………………………………………………………………………………………………..……….

 □ di aver pagato regolarmente l’affitto fino al mese di …………………………………………………………..…………...

 □ di aver raggiunto la quota minima per l’accesso al fondo sociale regionale

 □ di avere morosità in relazione alle seguenti mensilità……………………………………………………………………...

 ………………………………….. per un totale di €………………………………………………………………..…..………

 □ di avere presentato domanda per l’accesso al fondo sociale regionale per l’anno………………………………….…

 in data …………………………….con il seguente esito………………………………………….........................……….

 □ di aver in corso il piano di rientro stipulato con l’ATC / CIT il cui rateo è di €…………………………………………..

 pagato fino al mese di……………………………………….. scadenza ………………………………………………….

□ altro (*specificare*)……………………………………………………….……………………………………………………………………

…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………..

c. UTENZE DOMESTICHE(*da compilare solo in caso di morosità*)

di avere morosità in relazione alle seguenti spese (*barrare la casella*)

□ spese condominiali €………………………………………………………………………………………………………………………

□ riscaldamento €…………………………………………………………………………………………………….………………………

□ gas €……………………………………………………………………………………………………………..………………………….

□ energia elettrica €………………………………………………………………………………………………..…………………………

□ altro (*specificare*) €……………..……………………………………………………………………………….………………………….

IL NUCLEO HA FATTO RICHIESTA DI

□ Bonus LUCE □ Bonus ACQUA

□ Bonus TARI □ Bonus GAS

1. **AIUTI ECONOMICI RICEVUTI DA ALTRI ENTI**

Si dichiara di aver presentato domanda di aiuto economico presso (*barrare la casella*):

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSOCIAZIONE** | **AIUTI RICEVUTI**  |
| □ ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO………………………………………………………………………….. in data………………………………………………...………………... | □ per abitazione €………………………………………..□ per altre necessità (*specificare*)……………………...…………………………………………………………….. |
| □ Parrocchia…………………………………………………………………………..in data………………………………………………………………...... | □ per abitazione €………………………………………..□ per altre necessità (*specificare*)……………………...…………………………………………………………….. |
| □ Altro (*specificare*)…………………………………….……………..…………………………………………………………………………..in data………………………………………………………………..... | □ per abitazione €………………………………………..□ per altre necessità (*specificare*)……………………...…………………………………………………………….. |

Eventuali ulteriori dichiarazioni…………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**DICHIARO ALTRESI’**

che per il resto **nulla (oltre a quanto eventualmente indicato sopra) è variato** rispetto a quanto esposto sotto la mia responsabilità nella **dichiarazione** rilasciata in data.….….….….….….….. ………………………… in relazione a:

* composizione del nucleo familiare,
* assegni e sussidi ricevuti,
* condizione occupazionale,
* condizione reddituale complessiva,

per il sottoscritto e tutti i componenti il nucleo stesso.

**Autorizzo il CISAP ad utilizzare: l’indirizzo PEC sopra indicato per le comunicazioni obbligatorie ai sensi di legge; l’indirizzo di posta elettronica ed i recapiti telefonici sopra indicati per le comunicazioni non obbligatorie.**

Dichiaro di essere consapevole che il contributo erogato dal CISAP verrà sommato dall’INPS al reddito familiare; pertanto tale contributo inciderà sull’importo del Reddito / Pensione di Cittadinanza determinandone la riduzione.

Conferma il quadro anagrafico – reddituale e le informazioni autocertificate in precedenza, ferme restando tutte le conseguenze amministrative e penali in caso di false dichiarazioni previste dall’art.76 della Legge n. 445/2000.

Letto, confermato, sottoscritto.

DATA …………………………… FIRMA DEL DICHIARANTE …………………………………………………………………………………...

DOCUMENTO DI IDENTIFICAZIONE …………………….…………………………N° …………………………………………..…………….

RILASCIATO DAL ……………………………………………………………IN DATA ………………………………………………….………..

Firma…………………………………………………………………………………………………………………….

□ Si dichiara che la presente domanda e i dati inseriti sono stati recepiti telefonicamente a causa dell’impossibilità del richiedente di formularla in presenza per i seguenti motivi: ....…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

DATA ……………………………………. FIRMA DEL FUNZIONARIO RICEVENTE .………………..…………………………………

**VALUTAZIONE PROFESSIONALE**

**CONTRIBUTO di REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO**

**PROPONGO DI EROGARE: €** ……………………. **Durata mesi** …………………………..

**Diniego perché? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Data………………….. Firma operatore sociale …………………………**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------CONTRIBUTO a PROGETTO (nelle tipologie che prevedono più di un progetto, specificare quale)**

**□ Trasporti e mobilità …………………………………**

**□ Sport e Tempo libero**

**□ Cure e conciliazione**

**□ Salute**

**□ Scuola e formazione ………………………………….**

**□ Lavoro**

**□ Casa ……………………………………..**

**PROPONGO DI EROGARE: € ………………………………… Durata mesi ……………………………**

**Diniego perché? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Data………………………………… firma operatore sociale…………………………………………………………**

**SITUAZIONI PARTICOLARI (allegare relazione sociale)**

**PROPONGO DI EROGARE: € ………………………………… Durata mesi ……………………………**

**Data………………………………… firma operatore sociale…………………………………………………………**

**SPAZIO PER VALUTAZIONE COMMISSIONE DEL……………….**

Domanda accolta  **🔾 SI** **🔾 No 🔾 sospesa per**

Motivazioni del non accoglimento

**TIPOLOGIA CONTRIBUTO ASSEGNATO: ……………………………………………..**

**Importo contributo assegnato € Durata mesi**

**Note ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **FIRMA COMMISSIONE** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Allegato 1: DELEGA ALLA RISCOSSIONE DI BENEFICI ECONOMICI DA PARTE DI TERZI**

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a…………………………………………..…………………………………………………………………………...….

nato a …………………………..……………….…..……………… il……..…………………………………………..…………….…

residente a ……………………………………………Via…………………….…………………..…………………n……..…….…..

tel…………………………………………….…….……………..cell…………………………….…….………...……………….……

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così

come stabilito dall’art.76, nonché di quanto previsto dall’art.75 del D.P.R. 445/2000,

in qualità di titolare di prestazione economica erogata dal COS

**D E L E G O**

La/il signora/e…………………………………………..……………………………………………………..……………………...….

nato a …………………………..……………….…..……………… il……..…………………………………………..…………….…

residente a ……………………………………………Via…………………….…………………..…………………n……..…….…..

tel…………………………………………….…….……………..cell…………………………….…….………...……………….……

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 a riscuotere per mio conto, e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità

in merito, il contributo di assistenza economica relativo

al mese di……………………………………............………………………………….………………………………………………

importo €………………………….…………………………………………………….……………………………………….……….

Luogo e data………………………………………

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

Informativa ai sensi dell’art.13 del D.Lgs.196/2003: i dati sono prescritti come necessari dalle disposizioni vigenti ai fini dell’istruttoria del procedimento qui avviato, e a questo unico scopo saranno utilizzati; la loro mancanza non consentirà il prosieguo dell’istruttoria che dovrà quindi essere conclusa senza provvedimento. Presso il responsabile del procedimento sarà possibile chiedere notizia e ottenere copia della documentazione relativa all’acquisizione dei dati.

**Allegato 2: DELEGA ALLA RISCOSSIONE DI BENEFICI ECONOMICI DA PARTE DI ENTI TERZI**

(art. 47 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a…………………………………………..…………………………………………………………………………...….

nato a …………………………..……………….…..……………… il……..…………………………………………..…………….…

residente a ……………………………………………Via…………………….…………………..…………………n……..…….…..

tel…………………………………………….…….……………..cell…………………………….…….………...……………….……

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così

come stabilito dall’art.76, nonché di quanto previsto dall’art.75 del D.P.R. 445/2000,

in qualità di titolare di prestazione economica erogata dal COS

**D E L E G O**

Denominazione ente…………………………………..……………………………………………………..……………………...….

Indirizzo sede: Città……………………… ……………Via…………………….…………………..……………n……..…….…..

tel…………………………………………….…….……………..cell…………………………….…….………...……………….……

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

a riscuotere per mio conto, e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità

in merito, il contributo di assistenza economica relativo

al mese di……………………………………............………………………………….………………………………………………

importo €………………………….…………………………………………………….……………………………………….……….

Luogo e data………………………………………

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

Informativa ai sensi dell’art.13 del D.Lgs.196/2003: i dati sono prescritti come necessari dalle disposizioni vigenti ai fini dell’istruttoria del procedimento qui avviato, e a questo unico scopo saranno utilizzati; la loro mancanza non consentirà il prosieguo dell’istruttoria che dovrà quindi essere conclusa senza provvedimento. Presso il responsabile del procedimento sarà possibile chiedere notizia e ottenere copia della documentazione relativa all’acquisizione dei dati.