**DOMANDA DI RINNOVO INTERVENTO ECONOMICO ASSISTENZIALE**

## 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………………………….

DOMICILI(se diverso dalla residenza)………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TESSERA SANITARIA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDO UN INTERVENTO ECONOMICO ASSISTENZIALE** E SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA’, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL’ART. 76 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445, PER LE IPOTESI DI DICHIARAZIONI MENDACI E FALSITA’ IN ATTI IVI PREVISTE **DICHIARO**:

* **□ NESSUNA VARIAZIONE DEI DATI CONTENUTI NELLA** **DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE PRESENTATA IN DATA………………………………;**
* **□ VARIAZIONE DEI SEGUENTI DATI CONTENUTI NELLA DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE PRESENTATA IN DATA……………………………..:**
* **Quadro 1: composizione del nucleo famigliare:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **Codice fiscale** | **Tipo di variazione** | **Decorrere dal** | **Altro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Quadro 2: riepilogo entrate mensili complessive del nucleo (indicarle anche se la situazione è invariata).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titolare reddito** | **Tipo di reddito/sostegno** | **Importo percepito** | **A decorrere dal** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Quadro 3A Situazione patrimoniale (conti correnti anche se cointestati):**

Istituto di credito…………………………………………………….………… SALDO…………………………

Istituto di credito…………………………………………………….………… SALDO…………………………

Istituto di credito………………………………………………………….…… SALDO…………………………

ALLEGARE ESTRATTO CONTO CON SALDO E MOVIMENTI DEGLI ULTIMI TRE MESI

* **Quadro 3B: Patrimonio Immobiliare**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **Parentela** | **Tipo di bene posseduto** | **Decorrere dal** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Quadro 3C: Beni mobili**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **Parentela** | **Dati veicolo** | **Decorrere dal** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **Quadro 4: Condizione abitativa**

a. EDILIZIA PRIVATA:

□ alloggio di proprietà; mutuo □si □ no importo mutuo……….

□ alloggio in locazione privata; importo canone mensile………….. morosità □si □no importo morosità………….

□ alloggio in uso gratuito/comodato d’uso;

□ ospite presso……………………………………

b. EDILIZIA PUBBLICA:

□ assegnatario alloggio ATC; importo canone mensile………….. morosità □ si □ no importo morosità ………….

**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*) €……………..……………………………………………………………………………….………………………….

* **Quadro 5: Aiuti economici ricevuti da altri Enti**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSOCIAZIONE** | **Aiuti ricevuti : importo e finalità** | **In data** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DICHIARO INOLTRE:**

* **di essere a conoscenza che la concessione dei benefici richiesti è subordinata alla manifestazione di consenso all’accesso da parte dei servizi consortili alle informazioni relative alle condizioni reddituali e patrimoniali e che l’amministrazione consortile può attivare gli opportuni accertamenti circa la congruità e la veridicità delle dichiarazioni rese;**
* **di impegnarmi, in caso di accoglimento della presente richiesta, a segnalare entro 15 giorni dal suo verificarsi qualsiasi variazione della composizione del nucleo familiare, dei redditi e di quanto altro dichiarato nella presente;**
* **che quanto sin qui dichiarato sotto la mia responsabilità corrisponde al vero;**
* **dichiaro inoltre di essere a conoscenza che il C.I.S.A.P ed altri Enti controlleranno le dichiarazioni rese e se anche solo una delle informazioni o dei dati dichiarati dovessero risultare falsi, si presenterà immediatamente denuncia penale alla magistratura, ed ai sensi dell’art.75 del D.P.R. n°445/2000, il nucleo decadrà dai contributi concessi e dovrà restituirli.**

A completamento della domanda o al fine di accelerare il procedimento per quanto riguarda la verifica dei dati dichiararti, fornisco copia della seguente documentazione relativa alla persona/alle persone per cui è richiesto il servizio:

[ ] verbale di invalidità civile o copia della domanda presentata alla medicina legale\*

[ ] certificati redditi di pensione e/o copia dell’ultima busta paga

[ ] modello 730/CUD/Unico

[ ] ultima ricevuta di affitto/mutuo\* (obbligatorio)

[ ] prospetti spese condominiali e ricevute spese riscaldamento

[ ] ultime bollette utenze domestiche (luce, gas, telefono)\*

[ ] libretto di circolazione automezzo posseduto o utilizzato

[ ] estratto conto con saldo di tutti i rapporti finanziari\*

[ ] ricevuta iscrizione agenzie interinali

[ ] ricevute utilizzo contributi economici precedentemente ricevuti dal Cisap\*

[ ] permesso di soggiorno/carta di soggiorno \*

[ ] sentenza di separazione o divorzio\*

[ ] altro………………………………………………………………………………………………………………

**\*presentazione indispensabile a seconda del tipo di contributo**

DATI PER EVENTUALE ACCREDITO SU CONTO CORRENTE BANCARIO O POSTALE

INTESTATARIO………………………………………………………ISTITUTO DI CREDITO……………………………………………………...

AG.N……..C/C……………………………………………………………………………………..ABI………………………….CAB……………………………

**CODICE IBAN** I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_II\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I I\_\_I

**Autorizzo il Consorzio Ovest Solidale ad utilizzare i seguenti recapiti per comunicazioni inerenti la presente richiesta:**

**Nome e Cognome……………………………………………………………………………………………………….**

**Indirizzo e-mail………………………………………………………………………………………………………… telefono………………………indirizzo…………………………………………………………………….**

Letto, confermato, sottoscritto.

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

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

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

Dichiaro di aver ricevuto la comunicazione di avvio del procedimento (ai sensi degli artt. 7 e 8, L. n. 241/1990).

Firma……………………………………………

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** |
|  |  |
|  |  |