



**UFFICIO ASSOCIATO
SERVIZI SOCIALI**



COMUNE DI BARBERINO VAL D'ELSA
COMUNE DI TAVARNELLE VAL DI PESA

Al Sindaco del Comune di _____

Oggetto: Domanda di prestazione assistenziale

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a.....
ilresidente in
Via
tel. C.F.

CHIEDE

ai sensi del vigente Regolamento Comunale per la erogazione degli interventi assistenziali

LA SEGUENTE PRESTAZIONE ASSISTENZIALE

<input type="checkbox"/> Contributo economico: _____
<input type="checkbox"/> Servizi Domiciliari: _____
<input type="checkbox"/> Compartecipazione retta RSA: _____
<input type="checkbox"/> Centro Diurno: _____
<input type="checkbox"/> Residenzialità Handicap: _____
<input type="checkbox"/> Altro: _____

a nome proprio
per conto di
nato/a..... il
residente in Via
tel. C.F.

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, di trovarsi nelle seguenti condizioni:

1) NUCLEO FAMILIARE

Nucleo anagrafico

NOMINATIVO	Grado di parentela	Età	Attività professionale	Reddito mensile (*)

Valore ISEE _____ Data ISEE: _____

Familiari non conviventi tenuti agli alimenti



**UFFICIO ASSOCIATO
SERVIZI SOCIALI**



COMUNE DI BARBERINO VAL D'ELSA
COMUNE DI TAVARNELLE VAL DI PESA

<i>NOMINATIVO</i>	<i>Residenza e n. telefono</i>	<i>Grado di parentela</i>	<i>Età</i>	<i>Attività professionale</i>	<i>Reddito mensile (*)</i>

(*) In caso di redditi da pensione specificare l'Ente erogatore e la categoria

Familiari e/o altre persone di riferimento:

<i>NOMINATIVO</i>	<i>Residenza e n° telefonico</i>	<i>Grado di parentela</i>

2) CONDIZIONI ECONOMICHE

La famiglia percepisce ulteriori entrate derivanti da:

- Affitto o sub affitto € _____ mensili
- Altre fonti di reddito (specificare) € _____ mensili

La famiglia sostiene le seguenti spese fisse mensili:

- Affitto, mutuo o riscatto € _____
- Riscaldamento € _____
- Altre spese (tipo _____) € _____
- Altre spese (tipo _____) € _____
- Altre spese (tipo _____) € _____
- Altre spese (tipo _____) € _____
- Altre spese (tipo _____) € _____

3) CONDIZIONI ABITATIVE

- Tipo di abitazione _____
- Contesto: Condominio Casa Indipendente Casa Rurale
- Zona: Urbana Sub-urbana Rurale
- N° vani _____ Servizi Igienici _____ Piano dell'abitazione _____
Barriere Architettoniche: Interne Esterne
- Condizioni generali dell'abitazione _____
- Proprietà Usufrutto A titolo gratuito Affitto da Pubblico Affitto da Privato
In atto sfratto

Altre proprietà immobiliari



UFFICIO ASSOCIATO
SERVIZI SOCIALI



COMUNE DI BARBERINO VAL D'ELSA
COMUNE DI TAVARNELLE VAL DI PESA

4) DI SALUTE

Richiedente

- Percentuale di invalidità riconosciuta: _____ % Tipo di invalidità _____
Indennità di accompagnamento: Presente Assente
- Handicap: no sì con gravità
- Presentata domanda di invalidità: no sì in data _____

Altri componenti nucleo familiare _____

Medico curante _____

Il sottoscritto dichiara di usufruire delle seguenti prestazioni a sostegno del nucleo:

Il sottoscritto dichiara inoltre

- di avere/ non aver provveduto a vendite immobiliari, fondiari, di esercizi commerciali (in caso affermativo specificare
- di avere/non avere successioni aperte (in caso affermativo specificare
- di essere proprietario dei seguenti autoveicoli, barche, camper, roulotte, ecc.. (indicare modello, cilindrata e data di immatricolazione)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo, data)

(firma).....

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE (art. 21 D.Lgs del 28 dicembre 2000 n.445)

La suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta dal dichiarante, della cui identità personale mi sono accertato a mezzo:
previo avvertimento delle penalità previste per le dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del D.Lgs 28 dicembre 2000.

Data.....

Il Funzionario incaricato

Sig. _____

S.A.S/ SERVIZIO DI ASSISTENZA SOCIALE



**UFFICIO ASSOCIATO
SERVIZI SOCIALI**



COMUNE DI BARBERINO VAL D'ELSA
COMUNE DI TAVARNELLE VAL DI PESA

RELAZIONE SOCIO-FAMILIARE – DESCRIZIONE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE:

.....
.....
.....
.....
.....

PROPOSTA DEL SERVIZIO E RISORSE OCCORRENTI /IMPEGNI DI FAMIGLIA E SERVIZI:

.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

Firma Assistente Sociale

PARERE ESPRESSO DAL GRUPPO TECNICO

.....
.....
.....
.....

Data _____

FIRME COMMISSIONE
