



## DICHIARA

**A. LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO**, che risulta essere la seguente: (indicare tutti i componenti del nucleo, anche se privi di reddito. Nella prima riga devono essere riportati i dati del beneficiario)

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Residenza	ISEE
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### •DI TROVARSI IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

- incapacità totale o parziale dei componenti adulti di provvedere ai propri bisogni e a quelli della propria famiglia;
- condizioni di estrema precarietà economica dovuta alla difficoltà d'inserimento nella vita sociale attiva o eventuale fuoriuscita dal mercato del lavoro (ad es.: sopravvenuta grave malattia che sia causa di perdita del lavoro, con esclusione di coloro i quali percepiscono indennità di disoccupazione e similari al momento della presentazione dell'istanza);
- presenza di malattia oncologica manifestata in uno dei componenti del nucleo familiare;
- presenza di malattia neurodegenerativa (SLA, Alzheimer, Parkinson, ecc...);
- assenza di sostegno parentale.

### •SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA DELLA FAMIGLIA

- presenza nel nucleo di soggetti non autosufficienti con invalidità civile dal 74% al 100%;
- distacco delle utenze;
- famiglia mononucleare (padri e madri separati, vedovanza, allontanamento dalla famiglia di origine a seguito di eventi gravi quali ad es. detenzione, persone sole);
- giovani ultradiciottenni e ultraventenni, già in carico come minorenni al Servizio Sociale ospitati presso comunità educative, in presenza di un progetto di autonomia;
- donne in stato di gravidanza, prive di sostegno parentale;
- essere assegnatario di alloggio A.R.C.A.

### D. SITUAZIONE ECONOMICA DELL'ASSISTITO

#### di avere:

- un I.S.E.E. non superiore a € 7.500,00;
- un patrimonio mobiliare non superiore a € 5.000,00;
- un patrimonio immobiliare con rendita catastale non superiore a € 30.000,00;

**di essere titolare:**

di pensione :                      NO                      SI    (barrare con una x la voce che interessa):

I.N.P.S. Categoria \_\_\_\_\_ dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

VITALIZIO dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

PENSIONE ESTERA dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

RENDITA INAIL dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

INVALIDITA' CIVILE dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

ASSEGNO O INDENNITÀ ACCOMPAGNAMENTO dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

ALTRO: specificare

tipo \_\_\_\_\_

dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili riferito al mese di \_\_\_\_\_

**di beneficiare dei seguenti altri redditi:**                      NO                      SI (barrare con una x la voce che interessa)

DA LAVORO dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ mensili

DA INTERESSI SU DEPOSITI BANCARI dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ (mensili – anno)

ALTRE RENDITE (obbligazioni, titoli azionari, fondi di investimento ecc)

ALTRO \_\_\_\_\_

**E) ACCETTA INOLTRE CHE, IN CASO DI ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA, DOVRA' CONDIVIDERE E CONTROFIRMARE UN PROGETTO SOCIALE DI INTERVENTO IN ACCORDO CON L'ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO CHE INDICHI LE MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO E, QUALORA LO STESSO VENGA RICONOSCIUTO, SIA EROGATO TRAMITE:**

Riscossione diretta

Accredito su C/C Bancario

Accredito su C/C postale

**C O D I C E    I B A N**

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

intestato a \_\_\_\_\_ Istituto di Credito \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_;

**F) INDICA IN CASO DI RISCOSSIONE DIRETTA QUALE TITOLARE DELLA QUIETANZA:**

Se medesimo

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_|residente

