



CITTÀ DI FASANO
Servizio socio assistenziale

RICHIESTA DI INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI

Al Segretariato Sociale del Comune di
FASANO

Il/la sottoscritt _____consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R.445/2000.)

R I C H I E D E

L'erogazione delle seguenti prestazioni:

- Interventi di sostegno economico;
 - Assistenza Economica Continuativa
 - Assistenza Economica temporanea
 - Assistenza Economica Straordinaria
- Assegnazione Pacco Viveri
- Esonero totale/parziale retta asilo nido

- Altro.....
- Altro.....

A tal fine:

D I C H I A R A

di essere nata/o a il.....;

di essere residente nel Comune di.....; in Via.....n.....

dal..... di essere cittadina/o.....

Cod. Fisc. Tel.....

- Che in data odierna il proprio nucleo familiare è composto come risulta dal seguente prospetto:

	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data nascita	Rapporto parentela	Stato occupazionale
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



CITTÀ DI FASANO
Servizio socio assistenziale

- Che nel nucleo sono presenti:
 - anziani, di età superiore a 65 anni nr. _____;
 - disoccupati maggiorenni nr. _____;
 - componenti con invalidità pari a % nr. _____;
 - persona sola con n° _____ figli minori a carico con rischio di istituzionalizzazione, in seguito a separazione /vedovanza/allontanamento dalla famiglia di origine e priva di sostegno parentale;
 - famiglia con n. _____ figli minori a rischio di istituzionalizzazione;
 - famiglia con n. _____ figli minori;
 - famiglia di ex detenuto o detenuto;
 - tossicodipendente o etilista;
 - persona con modalità di vita marginali o a rischio di marginalità;
 - famiglia in cui uno o più componenti occupati hanno perso il lavoro a causa di fallimento della ditta, messa in mobilità; cassa integrazione; sopravvenuta grave malattia che sia causa di licenziamento o riduzione dello stipendio.

- Che il destinatario del contributo o altro componente del proprio nucleo familiare è titolare di prestazioni erogate dall'INPS a titolo di invalidità civile:
 - pensione d'inabilità;
 - assegno mensile di assistenza;
 - indennità di frequenza
 - indennità di comunicazione;
 - indennità di accompagnamento;

- Che il destinatario del contributo o altro componente del proprio nucleo familiare è titolare di prestazioni erogate dall'INAIL
 - assegno di assistenza personale continuativo di € _____ mensili;
 - rendite di € _____ mensili;

- Che l'attestazione ISEE in corso di validità ammonta a € _____

- Che il destinatario del contributo o altro componente del proprio nucleo familiare ha percepito nel corso dell'anno:
 - esenzione totale parziale ticket mensa scolastica
 - esenzione totale parziale ticket trasporto scolastico
 - esenzione totale parziale della retta per l'asilo nido
 - assegno nucleo familiare erogato dall'INPS €
 - assegno di maternità erogato dall'INPS €
 - contributo canone di locazione erogato dalla Regione Puglia
 - detrazione per canone di locazione di cui alla sezione VI quadro E del modello 730
 - detrazione per canone di locazione di cui alla sezione VI quadro RP del modello UNICO
 - assegno di cura
 - assegno di prima dote
 - assistenza indiretta personalizzata
 - contributi borse di studio e libri di testo per le scuole secondarie di 1° e 2° grado erogati dalla Regione

- Che risulta essere beneficiario di una delle seguenti misure:



CITTÀ DI FASANO
Servizio socio assistenziale

- 1) Assegno di Inclusione per un importo mensile di € _____
 In attesa di esito
 Respinta per: _____
- 2) Supporto alla Formazione per un importo mensile di € _____
 in attesa di esito, presentata a _____
 respinta per: _____
- 3) Reddito di Dignità per un importo mensile di € 500,00
 in attesa di esito, presentata a _____
 respinta per: _____

• Dichiaro di usufruire di:

- Pacco viveri
- Servizio mensa
- Aiuto PISS

• Che la casa di abitazione è:

- di proprietà di _____
- mutuo di € _____ annuali
- in fitto con canone mensile di € _____
- alloggio IACP in fitto con canone mensile di € _____
- presso amici e/o parenti
- altro _____
- che il destinatario del contributo o altro componente del proprio nucleo familiare è proprietario di altri immobili ad uso abitativo

Si allega alla presente

- Fotocopia di documento d'identità, in corso di validità o se scaduto con dichiarazione, in calce alla fotocopia del documento, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni alla data del rilascio.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000).

Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000)

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Fasano, li _____

firma del richiedente
