

ASS. SOCIALE _____

GIORNO _____ ORA _____

Al Comune di Chioggia
Settore Servizi Sociali
30015 Chioggia (VE)

RICHIESTA DI INTERVENTI SOCIALI

RICHIEDENTE _____ Data Nascita: _____

Luogo Nascita: _____ Codice fiscale: _____

residente in Chioggia, Via _____, n. _____

Tel/Cell. _____ E-mail _____

CHIEDE

un colloquio con l'assistente sociale per l'avvio dell'indagine sociale per l'intervento di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE | <input type="checkbox"/> INTERVENTI DI INCLUSIONE SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> SERVIZIO EROGAZIONE PASTI A DOMICILIO | [] MOROSITA' PAGAMENTO AFFITTO (con intimazione di sfratto) |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO IN CASA DI RIPOSO | [] SOSTEGNO ALL'ABITARE (per prevenire lo sfratto) |
| | [] SENZA FISSA DIMORA |
| | [] INSERIMENTO SOCIALE-LAVORATIVO |
| | [] INTERVENTO ECONOMICO FINALIZZATO |
| | [] ALTRO _____ |

per i seguenti motivi _____

DICHIARA

[] di essere a conoscenza che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli a campione ai sensi del vigente Protocollo d'Intesa tra il Comune di Chioggia e la Guardia di Finanza.

[] di essere ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della decadenza dai benefici nonché delle conseguenze penali e in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate rispettivamente dagli artt. 75 e 76 dello stesso DPR n.445/2000.

Composizione e redditi mensili netti (*) del nucleo familiare () anno in corso**

cognome e nome	luogo nascita	data nascita	relazione parentela	attività lavorativa	reddito medio mensile netto anno in corso (*)
richiedente					

(*) Si deve indicare il reddito medio mensile netto dell'anno in corso. Nel calcolo deve essere tenuto conto di eventuali tredicesime e di altri introiti di qualsiasi natura.

(**) Per nucleo di stabile convivenza si intendono tutti i soggetti che vivono sotto lo stesso tetto, uniti o non da vincoli familiari o parentali, che abbiano istituito con il richiedente una convivenza con carattere di continuità ed assiduità.

Che l'ISEE in corso di validità del proprio nucleo familiare è pari a: € _____

Che nell'anno in corso il proprio nucleo familiare ha percepito o percepirà anche le seguenti provvidenze economiche (ANCHE SE FISCALMENTE ESENTI):

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Reddito di cittadinanza (importo mensile) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> indennità di accompagnamento | € _____ |
| <input type="checkbox"/> assegno di invalidità civile | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensione di guerra, rendite INAIL, ecc.. | € _____ |
| <input type="checkbox"/> contributi Impegantive di Cura Domiciliare (ICD) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> assegno al nucleo familiare (L. 448/1998) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> assegno di maternità (L. 448/1998) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare): _____ | € _____ |

PER UN TOTALE PARI A € _____

Abitazione

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in proprietà | <input type="checkbox"/> in uso gratuito | |
| <input type="checkbox"/> a riscatto/mutuo | <input type="checkbox"/> in istituto | canone mensile di locazione/mutuo |
| <input type="checkbox"/> in affitto pubblico | <input type="checkbox"/> senza fissa dimora | anno in corso |
| <input type="checkbox"/> in affitto privato | <input type="checkbox"/> in ricovero comunale | € _____ |

Spese straordinarie sostenute nell'anno in corso

- spese mediche non rimborsate dal Servizio sanitario, ogni altra spesa straordinaria o particolarmente gravosa sul reddito familiare, quali bollette, utenze domestiche, ecc. (specificare nelle righe sotto):

_____ per un totale di € _____

ALLEGA

- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità completa della D.S.U. (Dichiarazione Sostitutiva Unica) rilasciata dai C.A.A.F.**
- Fotocopia di un documento di identità
- Estremi contratto di locazione
- Estremi dell'eventuale sfratto (o notifica intimazione di sfratto)
- Sollecito di pagamento del canone di locazione
- Contratto di lavoro/buste paga
- Autocertificazione dello stato di disoccupazione
- Permesso o carta di soggiorno per i residenti stranieri
- Omologa della separazione/divorzio
- Altro (specificare) _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente e di quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 sulla protezione ed il trattamento dei dati personali, La informiamo che:

- il Titolare del Trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di Chioggia;
- Il Titolare del Trattamento ha designato un Responsabile della Protezione dei dati che è contattabile ai seguenti indirizzi mail: info@albertinieassociati.it, albertini@albertinieassociati.it, mauro.albertini@venezia.pecavvocati.it

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali conferiti con il presente modulo.

DATA _____

FIRMA _____