

MODULISTICA

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. ____

COMUNI DI _____

SCHEDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI

Comune: Operatore: DATA:

ISTITUZIONE SEGNALANTE

Nome ente: Nome operatore:

Recapito sede: Indirizzo:

PERSONA SEGNALANTE

Cognome e Nome

Indirizzo: tel:

Per se Per familiari Per altri

LA PERSONA E' A CONOSCENZA DELLA SEGNALAZIONE SI NO

INVIANTE: Interessato Conoscenti

Servizio Pubblico Altro

RICHIESTA RELATIVA A:

Cognome e nome: M F Stato civile

Luogo e data di nascita:

Indirizzo: tel:

CONTATTI CON ALTRI SERVIZI Area:

MEDICO DI BASE tel.

TITOLO DI STUDIO COND.PROFESSIONALE

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE :

Parentela	Nome e cognome	Nato a / il	Condizione professionale

PARENTI ANCHE NON CONVIVENTI CON IL SOGGETTO

Parentela	Nome e cognome	Indirizzo	Telefono

RICHIESTA

MOTIVO DELLA RICHIESTA

PROBLEMI A LIVELLO INDIVIDUALE

- checkbox Socio economici, Scolastici, Sanitari, Alloggio, Comportamentali - rischio - disadattamento - devianza, Altro:
checkbox TSD/Alcolismo, Handicap fisico/psichico, Salute psichica, Disoccupazione/Orientamento
checkbox Emotivi/psicologici, Difficoltà di integrazione, Difficoltà educative/trascuratezza, Maltrattamento/violenza, Autonomia anziano/isolamento

PROBLEMATICHE A LIVELLO FAMILIARE

- checkbox TSD/alcolismo, Disadattamento, devianza, Socio sanitarie handicap/psichici, Maltrattamento agito / subito, Altro:
checkbox Socio economiche, Difficoltà di organizzazione familiare, Difficoltà relazionali emotive, Gravi conflittualità familiari/di coppia

SITUAZIONE EMERSA:

ACCORDI CON LA PERSONA:

CONCLUSIONI: checkbox Richiesta esaurita, checkbox Richiesta impropria, checkbox Presa in carico, checkbox Invio ad altro servizio:

il sottoscritto dichiara di prenderne atto di quanto comunicatomi dall'operatore.
Dichiara altresì di autorizzare la conservazione ed il trattamento dei dati forniti, per i fini consentiti dalla legge.
DATA FIRMA

PER RICEVUTA DELL' INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DLgs. 196/03
DATA FIRMA

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. ____

COMUNI DI _____

ISTANZA UNICA

Il sottoscritto
 nato a Prov. il
 residente a Prov.
 via n.
 Tel. stato civile

PRESENTA DOMANDA PER:

- Concessione di contributo economico
- Assistenza Domiciliare
- Servizi di prossimità
- Inserimento in Residenza Protetta
- Altro

A tal fine, reso edotto dalle sanzioni penali previste dall'art. 496 del codice penale in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

DICHIARA

A) di essere cittadino italiano o di uno stato aderente all'Unione Europea

Oppure

A1) di essere cittadino di uno stato non aderente all'Unione Europea e in regola con le disposizioni di cui al D.Lgs 25/07/1998 n.286 (testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) e successive modifiche e integrazioni, che comportano il possesso di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;

B) di essere disoccupato dal e iscritto al Centro per l'Impiego;

C) che all'interno del proprio nucleo familiare i componenti percepiscono le seguenti entrate relative ai redditi esenti IRPEF:

<i>TIPOLOGIA</i>	<i>BENEFICIARIO</i>	<i>PARENTELA</i>	<i>IMPORTO MENSILE</i>
RENDITA INAIL			
PENSIONE SOCIALE			
INVALIDITA' CIVILE E/O ACCOMPAGNAMENTO			
PENSIONE DI GUERRA			
ALTRI REDDITI			
ALTRO:			

D) Di percepire/non percepire Assegno di mantenimento erogato dal coniuge legalmente separato o divorziato:

COGNOME E NOME TEL.
 NATO A IL
 RESIDENTE A VIA
 EROGATO PER IMPORTO MENSILE

E) Che all'interno del nucleo familiare i componenti percepiscono o hanno percepito nell'anno contributi erogati dallo Stato o da altri Enti Pubblici quali ad esempio contributo affitto regionale, assegno di maternità ed al nucleo familiare ecc.,e/o hanno usufruito di agevolazioni o esenzioni, quali servizi scolastici, Tarsu ecc.

<i>TIPOLOGIA</i>	<i>NOMINATIVO</i>	<i>ENTE EROGATORE</i>	<i>IMPORTO</i>

F) di non avere parenti tenuti agli alimenti ai sensi dell'art. 433 del CC;

oppure

F1) di avere i seguenti parenti tenuti agli alimenti (coniuge, figli, genitori, generi e nuore, suoceri e suocere, fratelli e sorelle, nipoti diretti):

<i>NOMINATIVO</i>	<i>INDIRIZZO</i>	<i>PARENTELA</i>

G) Il valore di donazioni, lasciti, cessioni a titolo oneroso o di altri redditi percepiti, e/o il valore di donazioni o lasciti a terzi, anche senza ricavarne proventi, di beni mobili od immobili nei tre anni precedenti la richiesta:

.....
.....

H) di essere consapevole che l'incompletezza della presente istanza o la contraddittorietà dei dati in essa contenuti ne comporteranno il rigetto;

I) di essere a conoscenza che l'Ufficio ha l'obbligo di effettuare accertamenti sulla situazione reddituale patrimoniale del dichiarante, dei componenti il nucleo familiare e, se del caso, dei parenti tenuti per legge agli alimenti (art. 433 C.C.), sia in autonomia che attraverso la Guardia di Finanza;

L) Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, 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.

In caso di richiesta di CONTRIBUTO ECONOMICO dichiaro inoltre :

- che nessun componente del nucleo familiare è titolare di proprietà e/o usufrutto su uno o più patrimoni immobiliari ubicati in qualunque località ad eccezione della casa di abitazione, sempreché tale diritto non sia esercitabile per effetto di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
- che nessun componente del nucleo familiare ha proprietà, possesso di più beni mobili registrati o meno;
- che nessun componente è titolare di attività lavorativa autonoma o di impresa da più di sei mesi.

Si possono allegare:

- Dichiarazione e certificazione ISEE
- Verbale di invalidità civile
- Iscrizione al Centro per l'impiego (se disoccupati)
- Permesso o Carta di Soggiorno (se cittadini extracomunitari)
- Sentenza di separazione o divorzio
- Libretto di circolazione di mezzi di locomozione posseduti

Firma (*)

.....

(*) Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato addetto, allegare fotocopia di un documento di identità.

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. ____

COMUNI DI _____

ATTO DI IMPEGNO ALL’AFFIDAMENTO FAMILIARE

Il/la sottoscritto/a
nato/a prov (....) il
residente in
si impegna a tenere presso di se’ il/la minore
nato/a a il
per un periodo presumibile di mesi

Il/la sottoscritto/a si impegna in particolare a:

- assicurare al minore il mantenimento, l’istruzione, l’educazione necessaria;
- agevolare i rapporti tra il minore ed i suoi genitori ed a favorire il reinserimento nella famiglia di origine
- mantenere i contatti con il servizio sociale fornendo notizie del minore e segnalando tempestivamente eventuali difficoltà o problemi che dovessero insorgere;
- osservare le seguenti prescrizioni

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

Firma per accettazione

.....

Si attesta la sottoscrizione personale di Sig.

Firma dell’operatore che riceve

.....

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n. ____

COMUNI DI _____

ATTO DI CONSENSO ALL’AFFIDAMENTO FAMILIARE

Il/la sottoscritto/a
nato/a prov (....) il
residente in
Il/la sottoscritto/a
nato/a prov (....) il
residente in
genitore/tutore del/lla minore
nato/a a il
per un periodo presumibile di mesi
consente/ono che il/la minore sia temporaneamente affidato/a a
.....
che lo/a terrà presso di se’ garantendo il mantenimento, l’istruzione, l’educazione necessaria.

Con la sottoscrizione del presente atto si impegnano a seguire le indicazioni fornite dal servizio sociale nel periodo di validità dello stesso

Firma *Firma*

Il minore (se ha compiuto 12 anni) sentito, ha espresso parere

Si attesta la sottoscrizione personale di Sig.

Firma dell’operatore che riceve

.....

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE n . ____

COMUNI DI _____

IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA PER RICOVERO IN ISTITUTO PER ANZIANI
--

Il sottoscritto
nato a Prov. il
in qualità di con la sottoscrizione del presente atto,
garantisce personalmente e solidalmente con l'ospite la copertura parziale /totale di quan-
to da quest'ultimo dovuto per il pagamento della retta richiesta pari ad €
mensili

Quota sociale complessiva	
Quota a carico dell'ospite	
Quota a carico dei familiari	
Quota a carico del Comune	

Firma

Si attesta la sottoscrizione personale di Sig.

Firma dell'operatore che riceve

.....