

AL FUNZIONARIO RESP.LE
SERVIZI ALLA PERSONA
SERVIZI SOCIALI

MENTANA

OGGETTO: Richiesta servizio sociale

Il/La sottoscritto/a _____ nat _____
a _____ il _____ di cittadinanza _____
residente a _____ in _____
tel. _____ codice fiscale _____

**CHIEDE
IL SEGUENTE SERVIZIO SOCIALE**

Servizio di assistenza domiciliare

- € ad anziani;
- € a portatori di handicap;
- € a minori e/o nuclei familiari in situazioni di temporanea difficoltà (puerperio, grave malattia e/o ospedalizzazione di uno o di entrambi i genitori, detenzione di uno o di entrambi i genitori)

Intervento assistenziale ed economico

- € assistenza economica per minori illegittimi;
- € assistenza economica per servizio di utilità sociale;
- € assistenza economica continuativa;
- € assistenza economica straordinaria;
- € assistenza alloggiativa;
- € assistenza farmaceutica;
- € forme di assistenza economica integrativa per nuclei con minori orfani e famiglie affidatarie
- € forme di intervento concernenti un contributo economico per minori, disabili ed anziani ospiti di servizi residenziali e non.

DICHIARA

A conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

1. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO (indicare tutti i conviventi):

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO PARENT.	OCCUPAZIONE

2. CHE I REDDITI O RENDITE DERIVANTI DA LAVORO FISSO O SALTUARIO, PENSIONISTICO, DI DISOCCUPAZIONE, INAILI, ED IN OGNI CASO QUALSIASI INTROITO DI NATURA ECONOMICA CONSEGUITI DAL RICHIEDENTE UNITAMENTE AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NEL CORSO DELL' ANNO PRECEDENTE LA PRESENTE DOMANDA E' IL

€

3. CHE I REDDITI SOPRA INDICATI PER IL PERIODO 1 GENNAIO
(mese antecedente quello della presentazione della domanda) E' LA SEGUENTE:

€

4. CHE IL RICHIEDENTE UNITAMENTE AL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE HA POSSESSO E/O PROPRIETA' DEI SEGUENTI BENI MOBILI ED IMMOBILI (IVI COMPRESSE LE AUTOVETTURE)

- a) _____
- b) _____
- c) _____

5. CHE IL RICHIEDENTE SOSTIENE UN CANONE DI LOCAZIONE MENSILE PARI A:

€

6. CHE IL RICHIEDENTE, O ALTRO FAMILIARE CONVIVENTE (specificare) RISULTA INVALIDO:

NOME E COGNOME	GRADO D'INVALIDITA'

7. CHE LE PERSONE OBBLIGATE AGLI ALIMENTI AI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE SONO I SEGUENTI:

NOME E COGNOME	RELAZIONE PARENTELA	INDIRIZZO

Il sottoscritto con la firma in calce alla presente dichiara:

- 1) di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76, del D.P.R. 24 Dicembre 2000, n° 445, sulla responsabilità penale cui i può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci;
- 2) di essere a disposizione in qualsiasi momento dell'Ufficio Servizi Sociali per ogni richiesta di notizie e produzione di documenti, ed eventuali visite e sopralluoghi a domicilio;
- 3) di impegnarsi a comunicare al suddetto qualsiasi variazione della situazione sopra descritta entro 20 giorni dal verificarsi della variazione medesima.

IL RICHIEDENTE
