

INSIEME PER RICOMINCIARE

- FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA -

PRIMA PARTE – DATI GENERALI

NOME E COGNOME DEL RICHIEDENTE _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA : _____

DOCUMENTO d'IDENTITA' (da allegare alla domanda): _____

CODICE FISCALE : _____

NUMERO DI TELEFONO: _____

PARROCCHIA DI RIFERIMENTO: nessuna _____

PROFESSIONE: _____

SECONDA PARTE – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO E ABITAZIONE

Numero componenti il nucleo familiare: ____

Numero Adulti: ____ Ragazzi (da 6 a 20 anni) ____ Bambini (da 0 a 6 anni) ____

Presenza disabili in famiglia si no

ABITAZIONE:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Casa di proprietà |
| <input type="checkbox"/> Casa di proprietà con mutuo ipotecario |
| <input type="checkbox"/> Casa in affitto da privato |
| <input type="checkbox"/> Casa in affitto da ente pubblico (Acer, casa popolare) |
| <input type="checkbox"/> Ospitalità o comodato d'uso gratuito |

CANONE AFFITTO MENSILE O MUTUO: _____

TERZA PARTE – LAVORO E REDDITI

TIPO Lavoro: dipendente (allegare ultima busta paga) autonomo (allegare il modello unico)

Data ultima retribuzione (allegare cedolino ultimo mese di lavoro): _____

Ultimo datore di lavoro: _____

Reddito mensile complessivo del nucleo familiare Aprile 2020 _____

(comprensivo di eventuali pensioni invalidità, assegno di mantenimento, reddito di cittadinanza, cig, ecc.)

Saldo conti correnti del nucleo familiare (mese di Aprile 2020) : _____

VALORE DELL'ULTIMO ISEE disponibile (da allegare alla domanda): _____

QUARTA PARTE – INFORMAZIONI GENERALI

NEGLI ULTIMI 12 MESI È GIA' STATO/A ASSISTITO/A DAI SERVIZI SOCIALI e/o DALLA CARITAS?

- SI** per quale motivo? _____
 NO

Hai già ricevuto contributi dal comune, cig, reddito di cittadinanza, altri ?

- SI** quale importo? _____
 NO

Breve descrizione della situazione attuale provocata dalla pandemia.

CODICE IBAN _____

Io sottoscritto _____ **confermo che le dichiarazioni rese nel presente modulo sono veritiere, pena l'automatica esclusione dalla partecipazione al fondo "insieme per ricominciare".**

FIRMA _____

DICHIARO INOLTRE

Di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti.

Di essere informato, ai sensi e per effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Tutela della Privacy.

Di autorizzare la Caritas di Fidenza al trattamento dei dati personali conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste.

Di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali.

L'autorizzazione al trattamento dei dati personali è obbligatoria per il conseguimento dell'intervento richiesto.

Luogo e data _____,

FIRMA _____

La commissione che gestirà la raccolta delle domande si riserva di chiedere ulteriore documentazione qualora ce ne fosse la necessità.

Per chiarimenti si può telefonare al numero **0524 524591** e al **3274586577**. L'invio del modulo e allegati deve essere fatto all'indirizzo insiemeperricominciare@caritasfidenza.it **dal 4 maggio al 25 maggio**.

ALLEGATI (segnalare gli allegati inseriti):

- MODELLO ISEE MODELLO UNICO (se lavoratori autonomi)
 CARTA D'IDENTITA' ULTIMA BUSTA PAGA