

FONDO DI SOLIDARIETA'
FONDAZIONE A. DE MARI

DISTRETTO SOCIALE N° 7 Savonese

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a.....

Codice Fiscale.....

Nato/a a.....prov..... il.....nazionalità.....

Residente a.....in via.....n°.....

Tel..... Cell.....

CHIEDE

di poter accedere al contributo del *Fondo di Solidarietà Fondazione A. De Mari* istituito a sostegno delle famiglie in condizioni di difficoltà socio-economiche.

A tal fine il sottoscritto viene informato da

.....

che dichiarazioni false e mendaci in merito alla richiesta sopra avanzata e che potranno emergere anche indirettamente da eventuali controlli, legittimeranno il *Fondo di Solidarietà Fondazione A. De Mari* ad agire nei tempi, nelle modalità e nelle sedi che riterrà più opportuno previo l'immediata decadenza del beneficio.

Allego la scheda di rilevazione della situazione socioeconomica di seguito compilata.

Data _____

Protocollo n. _____

FIRMA

FONDO DI SOLIDARIETA'

FONDAZIONE A. DE MARI

PARTE I – Dati generali sulle esperienze lavorative del richiedente

Eventuale stato di disoccupazione dal _____

Negli ultimi dodici mesi:

- A) Si è concluso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
- B) Si è concluso un rapporto di lavoro a tempo determinato, con più di un anno di lavoro continuativo nella stessa azienda.
- C) Ho lavorato, con contratti temporanei _____ (indicare il periodo di lavoro svolto nei dodici mesi antecedenti la data di presentazione della presente domanda).

Motivo della risoluzione del contratto da parte dell'Azienda (indicare la ragione riportata nella lettera di licenziamento) _____

Ho cessato un'attività gestita in proprio :

A. Nome e sede della Ditta _____

B. Partita IVA _____

C. Data e motivazione della chiusura _____

Situazione attuale (*è possibile indicare più di una risposta*)

- collocato nelle liste di mobilità e non ricevo alcun corrispettivo INPS
- percepisco indennità di disoccupazione pari a € _____ fino al _____
- iscritto al Centro per l'Impiego (allego certificato di immediata disponibilità al lavoro)
- altro _____

Ho ricevuto un Trattamento di Fine Rapporto pari a € _____

Non ho ricevuto il trattamento di Fine Rapporto, per le seguenti ragioni _____

Dichiaro che il valore ISE (Indicatore Situazione Economica) riferito al nucleo familiare ammonta a euro: -----

Ultimo valore ISEE certificato _____ riferito all'anno _____

PARTE II Le entrate attuali

Composizione del proprio nucleo familiare anagrafico ed entrate attuali percepite mensilmente dall'intero nucleo.

Nome e Cognome	Data di nascita	Rapporto con il dichiarante (1)	Eventuale occupazione(2)	Entrate percepite da tutti i componenti nucleo (3)	Periodo di riscossione (dal/al) dell'entrata (4)

Nota 1 – in che rapporto di parentela è la persona indicata con il dichiarante (es.: moglie/marito, figlia/figlio, madre/padre, sorella /fratello, nipote)

Nota-2- se la persona indicata ha un rapporto di lavoro specificare il mestiere, se la persona indicata è occupata in percorsi scolastici e formativi, indicare il grado.

Nota 3 indicare le entrate mensili di qualsiasi natura (provenienti da reddito da lavoro, da possesso di immobili, da pensione, mobilità, disoccupazione, assegno di cura, assegno di frequenza, invalidità, o altro).

Nota 4 indicare il periodo di riscossione dell'entrata percepita da ciascun componente del nucleo. Se l'entrata è mensile per tutto l'anno, indicare "tutti gli ultimi 12 mesi".

Eventuale presenza di altri componenti non indicati nel nucleo familiare anagrafico (indicare nome e rapporto di parentela) _____

Eventuale assenza di componenti indicati nel nucleo familiare anagrafico (indicare chi tra i membri elencati nel nucleo familiare anagrafico in realtà non è presente stabilmente nella famiglia)

Entrate percepite a diverso titolo negli ultimi dodici mesi, che si diversificano dall'ultimo ISEE:

- titoli/depositi banca
- canoni di affitto per proprietà di altra abitazione
- altre entrate

Eventuali entrate già percepite dall'Amministrazione Comunale o da altri servizi pubblici negli ultimi dodici mesi :

- | | | |
|--|----|-------|
| <input type="checkbox"/> contributi straordinari pari a | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> contributo affitto pari a : | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> assegno di maternità, pari a : | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> nucleo familiare numeroso, pari a | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> contributo per famiglie con quattro e più figli | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> prestito sull'onore | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> altri contributi pari a | €. | _____ |
| <input type="checkbox"/> esenzioni (<i>rette, tasse, imposte, ecc..</i>) | €. | _____ |

PARTE III Le spese attuali

Spese per l'abitazione

- Se l'abitazione è in **Affitto**

Affitto mensile _____

Spese condominiali _____ (indicare se l'importo è annuo, semestrale, mensile, o altro).

Contratto di locazione stipulato il _____

Scadenza contratto _____

- Se l'abitazione è **in proprietà**

Senza Mutuo

Acquistata con Mutuo prima casa

Descrizione del Mutuo _____

Mutuo contratto il: _____

Scadenza Mutuo _____

Rata mensile _____

Eventuale presenza di rate insolute _____ pari a €.

Altre abitazioni di proprietà _____

Dove _____

Utilizzo:

- vi abitano terzi a titolo gratuito
- in affitto percepisco reddito annuale da locazione pari a €. _____
- utilizzata come seconda casa o altro _____

Spese per la salute

Indicare le eventuali spese sostenute mensilmente per l'acquisto di farmaci, prestazioni specialistiche, terapie, altro a favore di un membro della famiglia affetto da patologie invalidanti:

Spese per la scuola

Indicare le eventuali spese sostenute mensilmente per i servizi scolastici di mensa, trasporto, prolungamento orario, retta nido, altro : _____

Altre spese significative

PARTE IV Altri elementi di valutazione

La presenza di disabilità in famiglia

Presenza di membri del nucleo familiare affetti da patologie invalidanti (handicap fisici o psichici, disturbi gravi da dipendenze patologiche, patologie invalidanti dell'età senile ecc.)

Nome e Cognome	Assistenza richiesta (1)	Chi normalmente si occupa dell'assistenza (2)

Note 1 Indicare il tipo di assistenza in termini di tempo (assistenza continua, costante,

giornaliera/notturna, qualche ora al giorno, ecc..)

Nota 2 Indicare chi si occupa dell'assistenza all'interno della famiglia (es. madre, padre, figlio, ecc.) e al di fuori (amici/parenti, ovvero altre persone con un riconoscimento economico).

Eventuale stato di gravidanza **SI** **NO**

Se SI, data presunta parto: _____

Presenza nel nucleo di minori di anni 3 **SI** **NO**

Se SI, nato/i il : _____

Le reti parentali di riferimento :

- Ho famigliari residenti nel Distretto Savonese
- Ho famigliari residenti in Regione
- Ho famigliari residenti in altre regioni d'Italia
- Non ho nessun familiare residente in Italia

Possibilità di sostegno al nucleo offerta dai famigliari:

- i miei famigliari possono sostenere il nucleo, in periodi di difficoltà
- i miei famigliari non possono/vogliono sostenere il nucleo

Tipo di aiuto offerto dai famigliari:

Altre persone di riferimento per gli impegni di cura della famiglia:

Indicare la presenza di eventuali servizi di assistenza domiciliare, volontari, vicini di casa, amici, che sostengono il nucleo per la cura dei bambini, disabili, anziani.

PARTE V Ulteriori esperienze lavorative

La possibilità di perdere il lavoro nell'ultima azienda era prevista dal lavoratore?

SI da quanto tempo? _____

No, è stata una comunicazione inaspettata ed improvvisa _____

Dopo la cessazione del rapporto di lavoro cosa è stato tentato di fare fino ad oggi

corsi di riqualificazione _____

centro per l'impiego _____

domande di lavoro _____

attività autonoma _____

Quali i progetti per il futuro?

Descrizione sintetica delle finalità e dei termini di utilizzo dell'eventuale contributo:

PARTE VI Ulteriori elementi sugli stili di consumo e sulla sostenibilità del periodo di disoccupazione

Presenza di Istituti di Credito (finanziarie o banche) che possono avanzare procedure di recupero credito.

Breve descrizione dei prestiti stipulati

Somma iniziale richiesta	A chi (banca/finanziaria)	Periodo del prestito	Rata mensile	Motivo della richiesta del prestito

Spesa media mensile della famiglia per beni di prima necessità (alimentari, materiale per pulizia, ecc.) €. _____

Quante automobili ha la famiglia : _____

Se possibile, una quantificazione annua della spesa per le automobili € _____

Altre spese mensili significative sostenute dalla famiglia € _____

PARTE VII Partecipazione a gruppi di auto-aiuto e attività di volontariato

Nel caso in cui sia proposta la partecipazione ad un gruppo composto dai beneficiari del contributo del Fondo di Solidarietà, condotto da un operatore qualificato e finalizzato ad un confronto reciproco rispetto alle problematiche incontrate a seguito della perdita del lavoro:

Dichiaro di essere interessato/a partecipare al gruppo e chiedo di essere informato/a in merito

Dichiaro di essere interessato/a partecipare al gruppo per le seguenti motivazioni: _____

A fronte di una richiesta di disponibilità ad impiegare parte del tempo in attività di volontariato (non retribuita) presso Associazioni del territorio:

Dichiaro di essere disponibile a dedicare parte del mio tempo libero in attività di volontariato presso Associazioni del territorio

Dichiaro di non essere disponibile a dedicare parte del mio tempo libero in attività di volontariato presso Associazioni del territorio per le seguenti motivazioni: _____

Firma

data _____

Fondo di Solidarietà A. De Mari
Modulo di delega

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___/___/___

Codice Fiscale _____ residente a _____

Via _____ n. _____ Cap _____

Documento di riconoscimento n. _____

In qualità di beneficiario del contributo di solidarietà erogato dalla Fondazione De Mari

DELEGA

Il soggetto agente contabile ad accreditare sul c/c IBAN

Banca..... Agenzia.....

intestato a

Codice Fiscale e/o Partita IVA _____

in qualità di

il contributo assegnato al sottoscritto ai fini della liquidazione

di

.....

....

Allego copia del documento d'identità.

Savona, il _____

Firma

Allego i seguenti documenti:

- ultimo certificato ISEE*
- lettera di licenziamento/messa in mobilità dell'azienda con indicate le ragioni della chiusura del rapporto di lavoro*
- buste-paga ricevute negli ultimi dodici mesi, indicanti il Trattamento di Fine Rapporto*
- certificato di immediata disponibilità al lavoro rilasciato dal Centro per l'Impiego*
- eventuale certificato di gravidanza rilasciato dal Servizio ASL*
- per i cittadini extracomunitari, fotocopia permesso di soggiorno*
- altra documentazione a supporto delle dichiarazioni rilasciate*

Note per la compilazione:

Le entrate e le uscite devono essere indicate al netto, percepiti o sospesi dal richiedente o dai familiari, realmente.

Gli importi dei redditi o delle uscite devono essere indicati in termini mensili. Nel caso non sia possibile fare un calcolo mensile, va indicato a lato la frequenza (es. trimestrale, semestrale, annuale) di entrata o di uscita.

EVENTUALI ULTERIORI NOTE

Compilatore della scheda:

Nome: _____ **Cognome** _____

Ambito Territoriale Sociale _____

Centro di Ascolto _____

Tel _____ **E-mail** _____