SETTORE SOCIO CULTURALE

SERVIZIO SOCIALE

DOMANDA DI SOSTEGNO ECONOMICO FINALIZZATO ALL’INTEGRAZIONE PAGAMENTO RETTA RICOVERO A FAVORE DI PERSONE ANZIANE E/O DISABILI

**Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………..**

**Nato/a a …………………………………………. Il ……………………………**

**C.F. ………………………………...residente a ………………………………**

**in via …………………………………..N.………Tel/Cell ………………………**

**email/PEC…………………………………………………………………………………..**

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N. Progr.** | **COGNOME** | **NOME** | **ETA’** | **GRADO di PARENTELA**CODICE FISCALE |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

NOMINATIVO FIGLI DEL BENEFICIARIO NON RESIDENTI NEL NUCLEO E CONTATTI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **RESIDENZA** | **CONTATTO TELEFONICO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NOMINATIVO FRATELLI/SORELLE DEL BENEFICARIO E CONTATTI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **RESIDENZA** | **CONTATTO TELEFONICO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ISEE Residenze **(comprende la situazione ISEE del beneficiario e dei figli anche non residenti nel nucleo familiare) :** **€………………………** presentata **il…………………..scade il ……**

**Prot. n. INPS- ISEE- ............................................................**

Prestazioni Agevolate di cui gode il soggetto richiedente:

 **ASSEGNO DI INCLUSIONE**

 **INTEGRAZIONE AFFITTO (specificare tipo di misura)**

 **FONDO CURIA**

 **BONUS GAS/ELETTRICO/ACQUA/ELETTRICO PER DISAGIO FISICO**

 **SOCIAL CARD 0-3 anni/over 65**

 **SOSTEGNI VARI CARITAS (alimenti o altro)**

 **ALTRO (specificare…………………………………………………………….)**

FA RICHIESTA DI SOSTEGNO ECONOMICO PER

INTEGRAZIONE PAGAMENTO RETTA RICOVERO PER

**(indicare nome e cognome del beneficiario)**

**…………………………………………………**

**Alla presente richiesta si allega:**

 Certificato di invalidità o altra documentazione sanitaria attestante uno stato di salute compromesso

 Estratto conto al 31.12 dell’anno precedente a quello in corso

 Attestazione importi pensioni dei componenti il nucleo familiare riferiti all’anno corrente

 Estremi del Conto Corrente e codice IBAN

 Preventivo retta ricovero

**Trattamento dei dati personali**

I dati personali saranno trattati secondo quanto indicato nell’informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679.

L’informativa è consultabile sul sito internet del Comune di Fagnano Olona.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è il comune di Fagnano Olona - nella persona del Sindaco pro tempore - con sede in Piazza Cavour 9 – 21054 Fagnano Olona.

Il titolare ha nominato il responsabile della Protezione dei Dati personali, contattabile all’indirizzo email: dpo@comune.fagnanoolona.va.it

Luogo e data

 In fede

 (firma del richiedente)