



Comune di Sinnai
Provincia di Cagliari

**Scheda di Auto - Valutazione del Bisogno Assistenziale in
relazione alle Azioni di Contrasto alle povertà Anno 2011
(G.R. n° 20/8 del 26.04.2011)**

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE

(spazio riservato alla compilazione da parte degli uffici comunali)

Riferimento Pratica Prot. N°	
Del	

**Prima parte:
Dati anagrafici e situazione lavorativa del nucleo e della rete familiare**

Dati anagrafici e composizione del nucleo familiare

Richiedente

Cognome e nome	
----------------	--

Data di nascita	gg _____ mese _____ anno _____
-----------------	--------------------------------

Sesso	Maschio <input type="checkbox"/>	Femmina <input type="checkbox"/>
-------	----------------------------------	----------------------------------

Stato civile:	- celibe/nubile	<input type="checkbox"/>
	- coniugato/a	<input type="checkbox"/>
	- separato/a	<input type="checkbox"/>
	- divorziato/a	<input type="checkbox"/>
	- vedovo/a	<input type="checkbox"/>
	- convivente	<input type="checkbox"/>

Residenza: via/piazza _____ n. _____

Città _____ prov. _____

Telefono _____

CERTIFICAZIONE **ISEE** RILASCIATA DA _____ IL _____

VALORE ISE € _____ VALORE ISEE _____

**Dati anagrafici e situazione lavorativa del nucleo familiare
(COMPRESO IL RICHIEDENTE)**

Cognome e nome	Relazione parentela	Situazione Lavorativa	Professione	Età

*si intende tipo di occupazione oppure stato di disoccupazione, pensionato, casalinga, in attesa di prima occupazione, studente

**Seconda parte:
Composizione del nucleo familiare richiedente e funzioni di cura**

N.B. Mettere una X nella casella a fianco delle risposte cui corrisponde la propria situazione

Composizione del nucleo familiare del richiedente

Si intende il nucleo familiare convivente, compreso l'interessato.

Non ha familiari	<input type="checkbox"/>
Vive solo	<input type="checkbox"/>
Vive con altre persone (da 2 a 4)	<input type="checkbox"/>
Vive con altre persone (5 o più persone)	<input type="checkbox"/>

Composizione del nucleo familiare richiedente nelle seguenti condizioni

	N.	
Bambini (0/3 anni)	<input type="checkbox"/>	
Bambini in età scolare (4/16 anni)	<input type="checkbox"/>	
Invalidi con percentuale uguale o superiore a 74 punti	<input type="checkbox"/>	
Anziani con età superiore a 75 anni non invalidi	<input type="checkbox"/>	

Forme di assistenza o appoggio alla famiglia

Familiari	<input type="checkbox"/>
Vicino di casa	<input type="checkbox"/>
Volontariato	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare.....)	<input type="checkbox"/>
Nessuno	<input type="checkbox"/>

**Terza parte:
Situazione abitativa**

N.B. Mettere una X nella casella a fianco delle risposte cui corrisponde la propria situazione

Abitazione:

- di proprietà	<input type="checkbox"/>
- in affitto	<input type="checkbox"/>
- in uso (specificare)	<input type="checkbox"/>

Localizzazione Abitazione:

- centrale e servita	<input type="checkbox"/>
- poco servita	<input type="checkbox"/>
- isolata	<input type="checkbox"/>

Servizi igienici

- interni all'abitazione	<input type="checkbox"/>
- esterni all'abitazione	<input type="checkbox"/>

Barriere architettoniche:

- assenti	<input type="checkbox"/>
- esterne	<input type="checkbox"/>
- interne	<input type="checkbox"/>

Adeguatezza delle dimensioni rispetto al nucleo familiare

- adeguata	<input type="checkbox"/>
- non adeguata	<input type="checkbox"/>

Quarta parte: Capacità Lavorativa del Nucleo Familiare

Per ogni componente del nucleo familiare in capacità lavorativa

Cognome e nome	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> OCCUPATO se si indicare se: <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Indeterminato <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Determinato sino al _____ <input type="checkbox"/> Contratti di Collaborazione <input type="checkbox"/> Prestazioni Autonome </div> <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO Se si indicare: <div style="margin-left: 40px;">dal _____</div> motivo della perdita del lavoro _____
TITOLO DI STUDIO	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO
CURRICULUM PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> Allegato <input type="checkbox"/> Non Allegato
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma del Componente se maggiorenne _____ Se no, indicare per quale motivazione: _____ _____
DISPONIBILITA' ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO PRESSO AZIENDE PRIVATE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma del Componente se maggiorenne _____ Se no, indicare per quale motivazione: _____ _____

Cognome e nome	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> OCCUPATO se si indicare se: <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Indeterminato <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Determinato sino al _____ <input type="checkbox"/> Contratti di Collaborazione <input type="checkbox"/> Prestazioni Autonome </div> <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO Se si indicare: <div style="margin-left: 40px;">dal _____</div> motivo della perdita del lavoro _____
	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO

TITOLO DI STUDIO	
CURRICULUM PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> Allegato <input type="checkbox"/> Non Allegato
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	<p style="text-align: right;">Firma del Componente se maggiorenne</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Se no, indicare per quale motivazione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
DISPONIBILITA' ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO PRESSO AZIENDE PRIVATE	<p style="text-align: right;">Firma del Componente se maggiorenne</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Se no, indicare per quale motivazione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Cognome e nome	
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> OCCUPATO se si indicare se: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Indeterminato <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Determinato sino al _____ <input type="checkbox"/> Contratti di Collaborazione <input type="checkbox"/> Prestazioni Autonome <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO Se si indicare: dal _____ motivo della perdita del lavoro _____
TITOLO DI STUDIO	
CURRICULUM PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> Allegato <input type="checkbox"/> Non Allegato
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	<p style="text-align: right;">Firma del Componente se maggiorenne</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>Se no, indicare per quale motivazione:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

DISPONIBILITA' ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO PRESSO AZIENDE PRIVATE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____
	Se no, indicare per quale motivazione:	
	_____ _____	

Cognome e nome		
SITUAZIONE LAVORATIVA	<input type="checkbox"/> OCCUPATO se si indicare se: <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Indeterminato <input type="checkbox"/> Lavoro a T. Determinato sino al _____ <input type="checkbox"/> Contratti di Collaborazione <input type="checkbox"/> Prestazioni Autonome <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO Se si indicare: dal _____ motivo della perdita del lavoro _____	
	<input type="checkbox"/> INOCCUPATO	
TITOLO DI STUDIO		
CURRICULUM PROFESSIONALE	<input type="checkbox"/> Allegato <input type="checkbox"/> Non Allegato	
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____
Se no, indicare per quale motivazione:		
_____ _____		
DISPONIBILITA' ALL'INSERIMENTO LAVORATIVO PRESSO AZIENDE PRIVATE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____
Se no, indicare per quale motivazione:		
_____ _____		

Quinta parte: Grado di utilizzo dei servizi territoriali

N.B. Mettere una X nella casella a fianco delle risposte cui corrisponde la propria situazione

Nel corso degli ultimi 12 mesi il richiedente ha usufruito di prestazioni sociali?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

Se Si quali?

Tipologia	Valore (€)	barrare
Legge n. 431/1998 contributi per gli affitti		<input type="checkbox"/>
Legge Regionale 20/97 Sofferenti mentali		<input type="checkbox"/>
Legge Regionale 27/83 provvidenze a favore di talassemici, emofilici e emolinfopatici maligni		<input type="checkbox"/>
Legge Regionale 11/1985 Provvidenze a favore dei nefropatici		<input type="checkbox"/>
Legge n. 448/1998 Assegno di maternità e Nucleo Familiare		<input type="checkbox"/>
Contributi Comunali di Assistenza Economica		<input type="checkbox"/>
Programma Povertà Estreme 2008 - Espletato nel 2009		<input type="checkbox"/>
Programma Povertà Estreme 2009 - Espletato nel 2009/2010		<input type="checkbox"/>
Programma Povertà Estreme 2010 - Espletato nel 2010		<input type="checkbox"/>
Altro(specificare)		<input type="checkbox"/>

Se No per quale motivo?

No – nessun bisogno	<input type="checkbox"/>
No – richiesta non evasa/lista d’attesa	<input type="checkbox"/>
No – richiesta respinta	<input type="checkbox"/>

Sesta parte: Accesso a servizi comunali con tariffe agevolate

Tipologia	Valore Annuo (€)	barrare
Mensa Scolastica		<input type="checkbox"/>
Asilo Nido Comunale		<input type="checkbox"/>
Piani Personalizzati di Sostegno L. 162/98		<input type="checkbox"/>
Rimborso Spese Didattiche – Libri di Testo		<input type="checkbox"/>
Altro(specificare)		<input type="checkbox"/>

Sesta parte: Accesso a Provvidenze Sociali non Comunali escluse dalla determinazione dell'imponibile IRPEF

Tipologia	Valore Annuo (€)	barrare
Pensione Sociale		<input type="checkbox"/>
Pensione di Invalidità Civile		<input type="checkbox"/>
Indennità di Accompagnamento		<input type="checkbox"/>
Altro(specificare)		<input type="checkbox"/>

Settima parte: Proprietà di Beni Mobili Registrati

Tipologia – Marca Modello	TARGA	Anno Immatr.	Intestatario P.R.A.

Ottava parte: Cause della condizione di povertà

Quali sono le cause che hanno determinato una grave deprivazione economica?

Perdita del Lavoro	<input type="checkbox"/>
Decesso di un familiare	<input type="checkbox"/>
Debiti	<input type="checkbox"/>
Situazioni di disabilità o invalidità	<input type="checkbox"/>
Malattia	<input type="checkbox"/>
Tossicodipendenza e/o Alcool dipendenza	<input type="checkbox"/>
Incapacità di gestire le risorse economiche	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>

Le condizioni di grave deprivazione economica durano da:

Meno di un mese	<input type="checkbox"/>
Da più di tre mesi	<input type="checkbox"/>
Da più di un semestre	<input type="checkbox"/>
Da un anno	<input type="checkbox"/>
Da più anni	<input type="checkbox"/>

Come il nucleo familiare ha cercato di superare sino ad ora la propria situazione di deprivazione:

Ricercando lavoro ma non trovandolo	<input type="checkbox"/>
Contraendo debiti verso istituti di credito	<input type="checkbox"/>
Contraendo debiti verso conoscenti	<input type="checkbox"/>
Aiuto di familiari	<input type="checkbox"/>
Lavori saltuari	<input type="checkbox"/>
Creando situazioni di morosità	<input type="checkbox"/>
Riducendo gli sprechi	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare _____)	<input type="checkbox"/>

Quali sono le spese e/o uscite monetarie che incidono fortemente sul bilancio familiare?

	Valore Annuo (€)	
Consumi di Energia Elettrica		<input type="checkbox"/>
Consumi di acqua potabile		<input type="checkbox"/>
Tributi Comunali TARSU		<input type="checkbox"/>
Spese telefoniche		<input type="checkbox"/>
Spese mediche		<input type="checkbox"/>
Spese di istruzione		<input type="checkbox"/>
Affitto		<input type="checkbox"/>
Rate di debito		<input type="checkbox"/>
Trasporto		<input type="checkbox"/>
Altro (specificare _____)		<input type="checkbox"/>

* per i Tributi Comunali nella colonna Valore Mensile indicare il Valore Annuo

Nona parte: Situazione debitoria

Se ci si trova in una situazione debitoria di carattere tributario indica di seguito i debiti non saldati:

Ente Creditore: ENEL COMUNE DI SINNAI ACQUAVITANA EQUITALIA SPA
 ALTRO (specificare: _____)

NATURA DEL DEBITO: ENERGIA ELETTRICA CONSUMI IDRICI T.A.R.S.U.
 ALTRO (specificare: _____)

IMPORTO DOVUTO: € _____ SCADENZA DEBITO: _____

ALLEGATO COPIA DEGLI ATTI O DELLE BOLLETTE: SI NO

AUTORIZZO IL COMUNE DI SINNAI, SE VENISSE CONCESSO IL CONTRIBUTO, A PROCEDERE AL PAGAMENTO DELLE SUDETTE SOMME DIRETTAMENTE AL CREDITORE.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Ente Creditore: ENEL COMUNE DI SINNAI ACQUAVITANA EQUITALIA SPA
 ALTRO (specificare: _____)

NATURA DEL DEBITO: ENERGIA ELETTRICA CONSUMI IDRICI T.A.R.S.U.
 ALTRO (specificare: _____)

IMPORTO DOVUTO: € _____ SCADENZA DEBITO: _____

ALLEGATO COPIA DEGLI ATTI O DELLE BOLLETTE: SI NO

AUTORIZZO IL COMUNE DI SINNAI, SE VENISSE CONCESSO IL CONTRIBUTO, A PROCEDERE AL PAGAMENTO DELLE SUDETTE SOMME DIRETTAMENTE AL CREDITORE.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Ente Creditore: ENEL COMUNE DI SINNAI ACQUAVITANA EQUITALIA SPA
 ALTRO (specificare: _____)

NATURA DEL DEBITO: ENERGIA ELETTRICA CONSUMI IDRICI T.A.R.S.U.
 ALTRO (specificare: _____)

IMPORTO DOVUTO: € _____ SCADENZA DEBITO: _____

ALLEGATO COPIA DEGLI ATTI O DELLE BOLLETTE: SI NO

AUTORIZZO IL COMUNE DI SINNAI, SE VENISSE CONCESSO IL CONTRIBUTO, A PROCEDERE AL PAGAMENTO DELLE SUDETTE SOMME DIRETTAMENTE AL CREDITORE.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Informativa ai sensi della legge 196/2003 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

Ai sensi della legge n. 196/2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto del trattamento, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio,
- il trattamento dei dati è realizzato da personale del Comune di Sinnai nonché da personale esterno all'Ente (Fondazione Polisolidale) a cui l'Amministrazione Comunale ha affidato attività di supporto, verifica, controllo e monitoraggio dell'intervento, anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere

....., lì.....

Firma del richiedente o persona di riferimento

Luogo e data _____

Firma del richiedente
