



***Comune di Sinnai***  
*Provincia di Cagliari*

**Scheda di Auto - Valutazione del Bisogno Assistenziale in  
relazione agli interventi di contrasto alle povertà estreme  
(G.R. n° 38/9 del 08 luglio 2008)**

La presente scheda si struttura nelle seguenti parti:

<b>1. Dati anagrafici e situazione lavorativa del nucleo e della rete familiare</b>
<b>2. Composizione del nucleo familiare richiedente e funzioni di assistenza</b>
<b>3. Situazione abitativa</b>
<b>4. Capacità lavorativa del nucleo familiare</b>
<b>5. Grado di utilizzo dei servizi territoriali</b>
<b>6. Causa della condizione di povertà</b>
<b>7. Valutazione Tecnica Professionale</b>

(spazio riservato alla compilazione da parte degli uffici comunali)

<b>Riferimento Pratica Prot. N°</b>	
<b>Del</b>	

**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 \_\_\_\_\_

Domicilio attuale: via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

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

Cognome e nome	Relazione parentela	Professione*	orario lavorativo settimanale se occupato	Età
		RICHIEDENTE		

\*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"/>
Volontario	<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	
TITOLO DI STUDIO	
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI	
ULTIMA OCCUPAZIONE	
MOTIVO DELLA PERDITA	
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma del Componente se maggiorenne _____

Cognome e nome	
TITOLO DI STUDIO	
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI	
ULTIMA OCCUPAZIONE	
MOTIVO DELLA PERDITA	
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma del Componente se maggiorenne _____

Cognome e nome	
TITOLO DI STUDIO	
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI	
ULTIMA OCCUPAZIONE	
MOTIVO DELLA PERDITA	
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma del Componente se maggiorenne _____

Cognome e nome	
TITOLO DI STUDIO	
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI	
ULTIMA OCCUPAZIONE	
MOTIVO DELLA PERDITA	
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE IL SERVIZIO CIVICO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma del Componente se maggiorenne _____

Cognome e nome	
TITOLO DI STUDIO	
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI	

ULTIMA OCCUPAZIONE					
MOTIVO DELLA PERDITA					
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE SERVIZIO CIVICO	IL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____	

Cognome e nome					
TITOLO DI STUDIO					
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI					
ULTIMA OCCUPAZIONE					
MOTIVO DELLA PERDITA					
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE SERVIZIO CIVICO	IL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____	

Cognome e nome					
TITOLO DI STUDIO					
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI					
ULTIMA OCCUPAZIONE					
MOTIVO DELLA PERDITA					
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE SERVIZIO CIVICO	IL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____	

Cognome e nome					
TITOLO DI STUDIO					
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI					
ULTIMA OCCUPAZIONE					
MOTIVO DELLA PERDITA					
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE SERVIZIO CIVICO	IL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____	

Cognome e nome					
TITOLO DI STUDIO					
MESTIERE - QUALIFICHE E/O SPECIALIZZAZIONI					
ULTIMA OCCUPAZIONE					
MOTIVO DELLA PERDITA					
DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE SERVIZIO CIVICO	IL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Firma del Componente se maggiorenne _____	

## 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?**

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

**Se Si quali?**

Tipologia	Valore (€)	
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"/>
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: 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 mensile (€)	
Consumi di Energia Elettrica		<input type="checkbox"/>
Consumi di acqua potabile		<input type="checkbox"/>
Tributi Comunali TARSU - ICI (indicare valore annuo) *		<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

**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 che verrà individuato dall'Amministrazione Comunale al fine del 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

\_\_\_\_\_

**Settima parte (riservata al Servizio Sociale)  
VALUTAZIONE TECNICO PROFESSIONALE**

DEFINIZIONE DELLA VALUTAZIONE		SI	NO
Nucleo familiare in condizioni di grave deprivazione economica duratura e consolidata nel tempo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nucleo familiare in condizioni di grave deprivazione economica a seguito di eventi imprevisti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residenza da almeno 2 anni		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valore ISEE compresi i redditi esenti IRPEF entro la soglia di €4.500,00		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifiuta di essere inserito nel programma personalizzato di aiuto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inserimento nei programmi di cui al comma 1 dell'art. 35 della L.R. 2/2007		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' ammesso alle provvidenze di cui al programma sperimentale di contrasto alla povertà estreme Del. G.R. n° 40/17 del 09/10/2007?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La condizione presenta caratteristiche di priorità?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durata dell'interventi in mesi		n. mesi	
Valore mensile riconosciuto del sussidio			
Decorrenza dal			
PIANO PERSONALIZZATO DI SOSTEGNO			
Inclusione nel Servizio Civico Comunale (L.R. 20/05 art. 32)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Componente nucleo familiare individuato per servizio civico			
Impegno alla permanenza o il rientro nel sistema scolastico e formativo da parte dei seguenti componenti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Impegno nell'educazione alla cura della persona, all'assistenza sanitaria, al sostegno alle responsabilità familiari e al recupero delle morosità.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impegno al miglioramento dell'integrazione socio-relazionale anche attraverso l'inserimento in attività di aggregazione sociale e volontariato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
Componente nucleo familiare			
<p>Sinnai, lì _____</p> <p style="text-align: right;">L'assistente Sociale Incaricata dall'A.T.I.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p>VISTO, si approva</p> <p>Sinnai, lì _____</p> <p style="text-align: right;">L'assistente Sociale Comunale</p> <p style="text-align: right;">_____</p>			