

**Fondo a favore delle persone sorde della provincia di Brescia**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

**CHIEDE UN CONTRIBUTO ECONOMICO PER**

- ambito di intervento:  assistenza in casa di riposo  sostegno economico/sociale  
 necessità sanitarie  educazione/inclusione scolastica  inserimento lavorativo

**E DICHIARA:**

**Composizione del nucleo familiare**

adulti nr.: \_\_\_\_\_ di cui con sordità \_\_\_\_\_

minori nr.: \_\_\_\_\_ di cui con sordità \_\_\_\_\_

**Situazione economico/lavorativa**

ISEE dell'anno in corso di € \_\_\_\_\_

occupazione del dichiarante \_\_\_\_\_

retribuzione / indennità / reddito autonomo / pensione € \_\_\_\_\_ / mese

occupazione altri familiari \_\_\_\_\_

retribuzione / indennità / reddito autonomo / pensione € \_\_\_\_\_ / mese

occupazione altri familiari \_\_\_\_\_

retribuzione / indennità / reddito autonomo / pensione € \_\_\_\_\_ / mese

altro € \_\_\_\_\_ / mese

**Situazione abitativa**  Aler  locazione da privato  casa di proprietà

Aler  privato  casa di proprietà  alloggio gratuito  sfratto

affitto canone € \_\_\_\_\_ / mese mutuo rata € \_\_\_\_\_ / mese altro € \_\_\_\_\_ / mese

spese straordinarie \_\_\_\_\_

## Eventuali situazioni debitorie o spese da affrontare

Totale per € \_\_\_\_\_ di cui:

- € \_\_\_\_\_ per rate non pagate (finanziamenti, mutui, locazioni...)
- € \_\_\_\_\_ per bollette inevase (energia elettrica, gas, acqua, mensa, etc.)
- € \_\_\_\_\_ per altro: \_\_\_\_\_

## Situazione sanitaria

Patologie non invalidanti e documentate:

---

---

Spese sanitarie per:

farmacia € \_\_\_\_\_ / mese      dentista € \_\_\_\_\_      ottico € \_\_\_\_\_  
altro € \_\_\_\_\_

## Altre spese

aiuto ai familiari € \_\_\_\_\_ / mese      trasporto/abbonamenti € \_\_\_\_\_ / mese  
autovettura € \_\_\_\_\_      ratei € \_\_\_\_\_      altro € \_\_\_\_\_

## Aiuti ricevuti nel periodo corrente

da familiari \_\_\_\_\_      Servizi sociali \_\_\_\_\_      ENS \_\_\_\_\_

Altre notizie/osservazioni \_\_\_\_\_

---

---

---

Con la compilazione e la sottoscrizione del presente modulo, il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 e ss. del Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR), presta il suo consenso al trattamento di questi ultimi ed alla comunicazione degli stessi nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa consegnata.

Data \_\_\_\_\_      Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- ✓ ISEE dell'anno in corso completo della Dichiarazione sostitutiva unica
- ✓ CUD / mod. 730 / UNICO
- ✓ Ultime tre buste paga
- ✓ Certificazioni di invalidità o altro
- ✓ Carta di identità, permesso/carta di soggiorno
- ✓ estratto conto corrente banca/posta degli ultimi 12 mesi
- ✓ eventuale relazione del servizio sociale
- ✓ documentazione spese (bollette, sanitarie, etc)
- ✓ iscrizione ufficio di collocamento