



**Fondazione Liliana Giordano
e Giuseppe Scalvi**

ENTE FILANTROPICO

Iscritto al Runtis e amministrato dalla
Congrega della Carità Apostolica

prot.

rub

sub.

fasc

nr

Il sottoscritto parroco _____

della Parrocchia _____

indirizzo _____

tel. _____ e-mail _____

RICHIEDE UN CONTRIBUTO ECONOMICO

per il sig./sig.ra _____ residente nella mia Parrocchia

finalizzato a (breve descrizione della tipologia dell'intervento) _____

Timbro e firma
del parroco

Note informative

1. Secondo lo Statuto, la Commissione direttiva della Fondazione ha stabilito che sono ammesse esclusivamente richieste relative a persone con disabilità (minori e adulti), in qualunque modo bisognosi e residenti in Chiari e nelle zone pastorali VI (Franciacorta), VII (Fiume Oglio), VIII (Bassa Occidentale dell'Oglio), IX (Bassa Occidentale), XXV (Travagliato-Suburbana III).
2. Il presente modulo, completo delle informazioni richieste e sottoscritto per autorizzazione al trattamento dei dati, dovrà essere fatto pervenire da parte del parroco con i seguenti allegati in fotocopia:
 - ✓ ISEE dell'anno in corso
 - ✓ Carta di identità, permesso/carta di soggiorno della persona segnalata per il contributo
 - ✓ Certificazioni di disabilità
 - ✓ Eventuale relazione del servizio sociale o del servizio sanitario
 - ✓ Documentazione della spesa per la quale si richiede il contributo
3. A cura degli operatori della Fondazione, i richiedenti potranno eventualmente essere contattati per un colloquio di verifica e approfondimento.

Il sottoscritto _____ nato il _____
indirizzo: _____ tel: _____
codice fiscale _____ IBAN _____

in relazione al proprio nucleo familiare dichiara

Composizione del nucleo

adulti nr.: _____ e minori nr: _____ di cui con gravi invalidità/disabilità certificate
☐ nr: _____ minore/i percentuale invalidità _____
☐ nr: _____ adulto/i percentuale invalidità _____

Situazione economico/lavorativa

ISEE dell'anno in corso di € _____
occupazione del richiedente _____
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 (indennità di frequenza, accompagnamento, servizi sociali etc) € _____ / mese

Situazione abitativa

affitto canone € _____ / mese mutuo rata € _____ / mese altro € _____ / mese
☐ alloggio gratuito ☐ casa di proprietà ☐ sfratto

Eventuali situazioni debitorie

Debiti totale per € _____ di cui:
☐ € _____ per rate non pagate (finanziamenti, mutui, locazioni...)
☐ € _____ per bollette inevase (energia elettrica, gas, acqua, mensa, etc.)
☐ € _____ per altri debiti: _____

Situazione sanitaria

Patologie non invalidanti e documentate:

minore/i _____
adulto/i _____

Altre notizie e/o problematiche e/o altri contributi economici

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

Data _____ Firma del dichiarante _____