

EVENTUALI SITUAZIONI DEBITORIE O SPESE DA AFFRONTARE

Totale per € _____ di cui:

€ _____ per rate non pagate (finanziamenti, mutui, locazioni ...)

€ _____ per bollette invase (energia elettrica, gas, acqua, mensa, etc.)

€ _____ per altro: _____

SITUAZIONE SANITARIASoggetto/nucleo richiedente
Patologie non invalidanti e documentateFamiliare con patologia psichiatrica
Patologie documentate

Spese sanitarie per:

farmacia € _____ / mese

dentista € _____

ottico € _____

altro € _____

Spese sanitarie per

farmacia € _____ / mese

dentista € _____

ottico € _____

altro € _____

ALTRE SPESE

aiuto ai familiari € _____ / mese

trasporto/abbonamenti € _____ / mese

autovettura € _____ ratei € _____

altro € _____

spese per il familiare € _____

AIUTI RICEVUTI NELL'ULTIMO ANNO

Da familiari _____

Servizi sociali _____

Enti _____

San Vincenzo _____

Caritas _____

Altro _____

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 presente sul sito www.congrega.it

Data _____

Firma del dichiarante _____

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- Certificato medico (diagnosi specifica)
- Carta di identità e/o permesso/carta di soggiorno
- Autocertificazione dello Stato di famiglia in carta semplice
- Eventuale relazione del servizio sociale
- Eventuale verbale di invalidità/disabilità
- ISEE in corso di validità
- Ultime 3 buste paga di tutti i percettori di reddito o iscrizione al centro per l'impiego
- Estratto conto corrente bancario/postale degli ultimi 3 mesi
- Documentazione spese (bollette, sanitarie, scolastiche, ecc.)

ALTRE NOTIZIE / SPAZIO RISERVATO ALLA FONDAZIONE