



Allegato 5

VERBALE DI ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI INDIGENZA DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO

Il giorno __/__/__ alle ore _____ il sottoscritto, cognome _____, nome _____, incaricato dalla Organizzazione partner Territoriale (OpT) _____ (denominazione), codice fiscale _____, codice struttura SIFEAD _____,

ha accertato che:

| | |
|------------------------------|--|
| Nome | |
| Cognome | |
| Genere | <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile |
| Comune di nascita | |
| Data di nascita | _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ |
| Codice fiscale | _ |
| Comune di residenza | |
| ISEE | |
| Cittadinanza | |
| Stato civile | |
| Istruzione | |
| Condizione abitativa | |
| Condizione lavorativa | |
| Recapiti | |

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE



| TOTALE componenti | Suddivisione per genere del totale dei componenti | | | Suddivisione per fasce d'età del totale dei componenti | | | |
|-------------------|---|--------------------------|---|--|---|-------|-----|
| | maschi | femmine | Non binari | <18 | 18-29 | 30-64 | >65 |
| | | | | | | | |
| | Suddivisione per tipologia di destinatari | | | | | | |
| | Destinatari con disabilità | Cittadini di Paesi terzi | Destinatari di origine straniera e minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) | | Destinatari finali senzatetto o di destinatari finali colpiti da esclusione abitativa | | |
| | | | | | | | |

| TOTALE componenti | Suddivisione per genere del totale dei componenti | | | |
|-------------------|---|--------------------------|---|---|
| | maschi | femmine | | Non binari |
| | | | | |
| | Suddivisione per fasce d'età del totale dei componenti | | | |
| | <18 anni | Da 18 a 29 anni | Da 30 a 64 anni | >65 anni |
| | | | | |
| | Suddivisione per tipologia di destinatari del totale dei componenti | | | |
| | Destinatari con disabilità | Cittadini di Paesi terzi | Destinatari di origine straniera e minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom) | Destinatari finali senzatetto o di destinatari finali colpiti da esclusione abitativa |
| | | | | |

Situazione lavorativa dei componenti del nucleo familiare

.....

.....

.....

.....

.....

Situazioni particolari di disagio dell'intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare (disabilità, problemi di salute, dipendenze, etc.)

.....



.....

.....

.....

.....

Altri interventi di sostegno attualmente in atto in favore dell'intestatario della scheda e/o del suo nucleo familiare (prestazioni sociali, agevolazioni pagamento utenze o altro)

.....

.....

.....

.....

.....

| | | |
|--|----|----|
| LA PERSONA E LA SUA FAMIGLIA SONO GIÀ STATI SEGNALATI AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE? | Sì | NO |
| SI RITIENE CHE LA PERSONA VERSI IN CONDIZIONE DI INDIGENZA? | Sì | NO |
| SI RITENGONO OPPORTUNI INTERVENTI DI DISTRIBUZIONE ALIMENTARE PER LA PERSONA E LA SUA FAMIGLIA? | Sì | NO |
| SI RITIENE CHE TALI INTERVENTI DI DISTRIBUZIONE ALIMENTARE ABBIANO CARATTERE DI URGENZA? | Sì | NO |
| LA PERSONA CHE VERSA IN CONDIZIONE DI INDIGENZA HA PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 ¹ | Sì | NO |

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELL'OpT
(Timbro e firma)

¹ Conservare nel fascicolo il documento con presa visione dell'interessato