

ALL. A

Alla Comunità Montana "Montagna di L'Aquila"
Ente di Ambito Distrettuale Sociale n 5 "Montagne Aquilane"
Via Cavour 43/a - 67021 Barisciano

Oggetto: Progetto Famiglia 2019- domanda per l'assegnazione dei buoni fornitura

La sottoscritta Cognome/Nome _____

Nata a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____ cittadinanza _____

Residente a _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n _____ tel. _____

Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

L'Assegnazione di Buoni fornitura per beni di prima necessità per bambini da 0 a 36 mesi, per gestanti e madri sole in situazione di disagio per stato di povertà o isolamento.

A tal fine consapevole della responsabilità cui potrà andare incontro in caso di falsità negli atti e nell'uso di atti falsi ai sensi del D. P. R. 445/2000

DICHIARA

- Di essere cittadina italiana o in uno degli Stati membro dell'Unione Europea
- di essere cittadina straniera in possesso di permesso di soggiorno n _____ rilasciato da _____ il _____ con scadenza _____
- di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito Distrettuale Sociale n 5 "Montagne Aquilane"
- di essere in possesso di una attestazione ISEE (da 0 a 6.000,00 euro), in corso di validità, pari a € _____
- di non essere beneficiari, quale nucleo familiare, per il corrente anno, della fruizione degli stessi servizi e/o con le medesime modalità (buoni) finanziati con risorse pubbliche;
- che il figlio convivente di età compresa tra 0 e 36 mesi presente nel nucleo familiare è _____
- presenza nel nucleo familiare di almeno un figlio convivente di età compresa tra 0 e 3 anni o gestante con data presunta del parto prevista entro il mese di dicembre 2021.
- Che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia è la seguente, esclusa la dichiarante
-

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela

Le seguenti ulteriori informazioni (barrare e/o compilare la colonna pertinente)

	Ulteriori informazioni	specifica	SI	NO
1	Ampiezza del nucleo familiare convivente	1 componente (gestante)		
		2 componenti		
		3 componenti		
		4 componenti		
		5 o più componenti		
2	Tipologia del carico di cura	Presenza di altri minori conviventi, oltre il primo, di età compresa tra 10 e 12 anni		
		Presenza di altri minori conviventi, oltre il primo, di età compresa tra 7 e 9 anni		
		Presenza di altri minori conviventi, oltre il primo, di età compresa tra 4 e 6 anni		
		Presenza di altri minori conviventi, oltre il primo, di età compresa tra 0 e 3 anni		
3	Parametro ISEE	Da 0 a 3.000,00		
		Da 3.001,00 a 6.000,00		
4	Presa in carico dal Servizio Sociale Professionale dell'Ente	Essere in carico al Servizio Sociale Professionale dell'Ambito Distrettuale Sociale n 5 antecedentemente alla pubblicazione del presente Avviso		

Allegati obbligatori:

1. copia documento d'identità del richiedente in corso di validità;
2. copia di permesso di soggiorno, in caso di cittadini extracomunitari;
3. attestazione ISEE in corso di validità (non è ammessa la DSU);
4. dichiarazione del ginecologo della data presunta del parto (solo per le gestanti);

luogo e data

firma
