

# **COMUNE DI CANDIANA**

*Provincia di Padova*  
*REGIONE VENETO*

## UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Al Sig. Sindaco  
del Comune di Candiana

**DOMANDA di PRESTAZIONI  
SOCIALI AGEVOLATE  
di competenza comunale**

**RICHIEDENTE:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo:** \_\_\_\_\_

---

**DATI DEL RICHIEDENTE:**

Il sottoscritto.....nato a .....il .....  
residente a ..... in via ..... n.....  
tel: ..... cell:.....  
codice fiscale:.....tessera sanitaria:.....  
Medico di base:.....  
In qualità di  
 Diretto interessato

**CHIEDE**

ai sensi del Regolamento Comunale per l'erogazione di prestazioni sociali agevolate,  
il/i seguente/i servizio/i:

- ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD).....
- ASSISTENZA ECONOMICA.....
- CONTRIBUTO ECONOMICO PER PARTECIPAZIONE SOGGIORNO CLIMATICO
- AGEVOLAZIONI TARIFFARIE PER.....
- INTEGRAZIONE RETTA PER FAMILIARE INSERITO IN STRUTTURA PROTETTA
- TRASPORTO PER MOTIVI SOCIO-SANITARI
- PASTI CALDI A DOMICILIO
- ALTRO:.....

**MOTIVO DELLA RICHIESTA:**.....  
.....  
.....

**\*\* IN FAVORE DI (se persona diversa dal richiedente):**

Nome.....nato a.....il .....  
residente a ..... in via ..... n.....  
tel: ..... cell:.....  
codice fiscale:.....tessera sanitaria:.....  
Medico di Base.....

**SI DICHIARA:**

- che oltre alle informazioni contenute nella allegata Dichiarazione ISEE, conforme al DPCM 18 maggio 2001, percepisce i seguenti **redditi esenti** (es: indennità di accompagnamento, L.R. 28/91, L.R. 5/2001 "Contributo Alzheimer", compensi da prestazioni di lavoro straordinario e temporaneo...):  
.....  
.....

- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli per accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e della responsabilità cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai fini dell'ottenimento del contributo o della prestazione richiesta ai sensi della D.lgs n. 196/2003;
- che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	PARENTELA	PROFESSIONE

- che i parenti tenuti all'obbligo degli alimenti (ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile 1- il coniuge, 2- i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali, 3- i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali, gli adottanti, 4- i generi e le nuore, 5- il suocero e la suocera, 6- fratelli e le sorelle germani o unilaterali con precedenza dei germani sugli unilaterali), sono:

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	PARENTELA	PROFESSIONE	RESIDENZA

....., li .....

**FIRMA\***

\*(del richiedente o del beneficiario di cui si allega copia di un documento di identità)

**ISTRUTTORIA A CURA DELL' UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**ANALISI SOCIO-FAMILIARE:**.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA** (ai sensi del Regolamento Comunale per l'erogazione di prestazioni sociali agevolate):

- ISE/ISEE + eventuali redditi esenti:.....  
inferiore alla soglia del minimo vitale;
- ISE/ISEE + eventuali redditi esenti:.....  
compreso tra la soglia del minimo vitale e la soglia di disagio;
- ISE/ISEE + eventuali redditi esenti:.....  
superiore alla soglia di disagio;

**VALUTAZIONE E PROPOSTA DI INTERVENTO:** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ESITO DELLA DOMANDA:**.....

.....

FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE