***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):

…………………...……………………………………………………………………………………………………………………………….,

ha accertato che:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**  |  |
| **Cognome** |  |
| **Genere** | Femminile |  Maschile |
| **Comune****di nascita** |  |
| **Data****di nascita** | | | |/| | |/| | | | | |
| **Codice fiscale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comune****di residenza** |  |
| **ISEE** |  |
| **Cittadinanza** |  |
| **Stato civile** |  |
| **Istruzione** |  |
| **Condizione abitativa** |  |
| **Condizione lavorativa** |  |
| **Recapiti** |  |

**Numero componenti del nucleo** (compreso l’intestatario della scheda)

|  |  |
| --- | --- |
| **Ha figli**  Sì  No**Se sì, specificare il numero:** | | | | **Di cui figli minori conviventi**  Sì  No**Se sì, specificare il numero:** | | | |

**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 |

RESPONSABILE E/O DELEGATO DELL’OpT

(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_