

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	<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	



**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)

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



UNIONE EUROPEA
FEAD

fead

M

MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



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)
