



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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, specificare il numero: _ _	Di cui figli minori conviventi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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)
