

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)
(denominazione), codice fiscale , codice struttura SIFEAD

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		

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

TOTALE componenti	Suddivisione per genere del totale dei componenti			Suddivisione per fasce d'età del totale dei componenti			
	maschi	femmine	Non binari	<18	18-29	30-64	>65
	Suddivisione per tipologia di destinatari						
	Destinatari con disabilità	Cittadini di Paesi terzi	Destinatari di origine straniera e minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)	Destinatari finali senz'abitazione o di destinatari finali colpiti da esclusione abitativa			

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
LA PERSONA CHE VERSA IN CONDIZIONE DI INDIGENZA HA PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 ¹	SÌ	NO

RESPONSABILE E/O D'ELEGATO DELL'OPT
(Timbro e firma)

¹ Conservare nel fascicolo il documento con presa visione dell'interessato