

**FONDAZIONE LILIANA GIORDANO  
E GIUSEPPE SCALVI**

via Mazzini n. 5, Brescia – tel. 030.291561  
www.congrega.it – fondazione@congrega.it

prot.

rub

fasc

sub.

nr

Il sottoscritto parroco \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**RICHIEDE UN CONTRIBUTO ECONOMICO**

per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

finalizzato a (breve descrizione della tipologia dell'intervento) \_\_\_\_\_

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

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

Timbro e firma del parroco

**Note informative**

1. Secondo lo Statuto, la Commissione direttiva della Fondazione ha stabilito che sono ammesse esclusivamente richieste relative a portatori di handicap fisici e psichici (minori e adulti), in qualunque modo bisognosi, residenti in Chiari e nelle zone pastorali della Diocesi VI (Franciacorta), VII (Fiume Oglio), VIII (Bassa Occidentale dell'Oglio), IX (Bassa Occidentale), XXV (Suburbana III). I contributi sono finalizzati a consentire la frequenza di scuole, il ricovero presso istituti, a ricevere trattamenti o interventi, sempre secondo lo spirito evangelico e nell'intento di favorire un'educazione umana e cristiana.
2. Il presente modulo, completo delle informazioni richieste e sottoscritto per autorizzazione al trattamento dei dati, dovrà essere fatto pervenire da parte del parroco della parrocchia di residenza, con i seguenti allegati in fotocopia:
  - ✓ ISEE dell'anno in corso
  - ✓ Carta di identità, permesso/carta di soggiorno della persona segnalata per il contributo
  - ✓ Certificazioni di invalidità
  - ✓ Eventuale relazione del servizio sociale o del servizio sanitario
  - ✓ Documentazione della spesa per la quale si richiede il contributo
3. A cura degli operatori della Fondazione, i richiedenti potranno eventualmente essere contattati per un colloquio di verifica e approfondimento.
4. Per le richieste accolte, il contributo sarà di norma erogato direttamente al parroco con bonifico bancario. A cura della Fondazione, verrà data notizia dell'erogazione ai beneficiari.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

### in relazione al proprio nucleo familiare dichiara

#### Composizione del nucleo

adulti nr.: \_\_\_\_\_ e minori nr: \_\_\_\_\_ di cui con gravi invalidità/disabilità certificate

nr: \_\_\_\_\_ minore/i percentuale invalidità \_\_\_\_\_

nr: \_\_\_\_\_ adulto/i percentuale invalidità \_\_\_\_\_

#### Situazione economico/lavorativa

ISEE dell'anno in corso di € \_\_\_\_\_

occupazione del richiedente \_\_\_\_\_

retribuzione / indennità / reddito autonomo / pensione € \_\_\_\_\_ / mese

occupazione altri familiari \_\_\_\_\_

retribuzione / indennità / reddito autonomo / pensione € \_\_\_\_\_ / mese

occupazione altri familiari \_\_\_\_\_

retribuzione / indennità / reddito autonomo / pensione € \_\_\_\_\_ / mese

altro (indennità di frequenza, accompagnamento, servizi sociali etc) € \_\_\_\_\_ / mese

#### Situazione abitativa

affitto canone € \_\_\_\_\_ / mese    mutuo rata € \_\_\_\_\_ / mese    altro € \_\_\_\_\_ / mese

alloggio gratuito

casa di proprietà

sfratto

#### Eventuali situazioni debitorie

Debiti totale per € \_\_\_\_\_ di cui:

€ \_\_\_\_\_ per rate non pagate (finanziamenti, mutui, locazioni...)

€ \_\_\_\_\_ per bollette inevase (energia elettrica, gas, acqua, mensa, etc.)

€ \_\_\_\_\_ per altri debiti: \_\_\_\_\_

#### Situazione sanitaria

Patologie non invalidanti e documentate:

minore/i \_\_\_\_\_

adulto/i \_\_\_\_\_

#### Altre notizie e/o problematiche e/o altri contributi economici

Con la compilazione e la sottoscrizione del presente modulo, il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del nuovo Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR), presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ed alla comunicazione degli stessi nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa consegnata.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_