



**Congrega
della Carità
Apostolica**

E FONDAZIONI AMMINISTRATE

FONDAZIONE CONIUGI

DANIELE BONICELLI REGGIO E EVA PEDERZANI

CONGREGA APOSTOLICA - BRESCIA

Prot. Gen. N. _____

del _____

Rub. _____ Fasc. _____

Sub. _____ N. _____

La Fondazione Bonicelli Reggio Pederzani opera dal 2018 presso la Congrega della Carità Apostolica a **sostegno dei familiari** (coniuge, figli, genitori e fratelli) che assistono i congiunti con disturbo mentale risultante da diagnosi medica accertata in Brescia e provincia.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

indirizzo: _____ tel. _____

e-mail _____

in qualità di genitore fratello/sorella coniuge figlio

di _____ nato/a il _____ convivente non convivente

CHIEDE UN CONTRIBUTO ECONOMICO

finalizzato a _____

COORDINATE BANCARIE															

E DICHIARA

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

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 dichiarante _____

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 _____ € _____ / mese

SITUAZIONE ABITATIVA:

Aler locazione da privato casa di proprietà alloggio gratuito sfratto

Affitto € _____ / mese mutuo € _____ / mese altro € _____ / mese

Spese straordinarie _____

CONTRIBUTO PER I FAMILIARI

EVENTI SITUAZIONI DEBITORIE O SPESE DA AFFRONTARE

Totale per € _____ di cui:
€ _____ per rate non pagate (finanziamenti, mutui, locazioni ...)
€ _____ per bollette invase (energia elettrica, gas, acqua, mensa, etc.)
€ _____ per altro: _____

SITUAZIONE SANITARIA

Soggetto/nucleo richiedente
Patologie non invalidanti e documentate

Familiare con patologia psichiatrica
Patologie documentate

Spese sanitarie per:
farmacia € _____ / mese
dentista € _____
ottico € _____
altro € _____

Spese sanitarie per
farmacia € _____ / mese
dentista € _____
ottico € _____
altro € _____

ALTRE SPESE

aiuto ai familiari € _____ / mese trasporto/abbonamenti € _____ / mese
autovettura € _____ ratei € _____ altro € _____
spese per il familiare € _____

AIUTI RICEVUTI NEL PERIODO CORRENTE

Da familiari _____ Servizi sociali _____ Enti _____
San Vincenzo _____ Caritas _____ Altro _____

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 _____

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- Certificato medico (diagnosi specifica)
- ISEE dell'anno in corso completo della Dichiarazione sostitutiva unica
- CUD / mod. 730 / UNICO
- Ultime tre buste paga
- Certificazioni di invalidità o altro
- Carta di identità, permesso/carta di soggiorno
- Estratto conto corrente banca/posta ultimi 12 mesi
- Eventuale relazione del servizio sociale
- Documentazione spese (bollette, sanitarie, etc)
- Iscrizione ufficio di collocamento

ALTRE NOTIZIE / SPAZIO RISERVATO ALLA FONDAZIONE