

QUESTIONARIO DI PRESENTAZIONE

Allegare copia carta d'identità, permesso di soggiorno e autocertificazione residenza

Organizzazione partner Territoriale (OpT) di riferimento:

.....

Incaricato OpT.....

1.Richiedente

Cognome			
Nome			
Sesso	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Altro
Data di nascita			
Nazione di nascita			
Comune di nascita			
Codice Fiscale			
Indirizzo domicilio			CAP
Telefono/cell			
email			
Cittadinanza	<input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/>		
Permesso di soggiorno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> in attesa		<input type="checkbox"/> Carta di soggiorno
Stato civile	<input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a legalmente <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> altro		

Istruzione	<input type="checkbox"/> Nessun titolo <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> diploma professionale <input type="checkbox"/> licenza media superiore <input type="checkbox"/> diploma universitario <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> altro.....	
Condizione abitativa	<input type="checkbox"/> Casa proprietà	<input type="checkbox"/> (ERP/Popolare) <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Altro.....
Condizione Professionale	<input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> servizio civile <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Lavoro irregolare Se occupato: <input type="checkbox"/> dipendente tempo determinato <input type="checkbox"/> Dipendente tempo indeterminato <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> atipico <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> voucher/ tirocinio/borsa lavoro/stage <input type="checkbox"/> Altro lavoro regolare Se disoccupato: data iscrizione centro per l'impiego:/...../..... Indennità di disoccupazione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Importo indennità €: Data fine indennizzo:/...../.....	
Con chi vive	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> con familiari/parenti <input type="checkbox"/> con conoscenti <input type="checkbox"/> c/o istituto, comunità <input type="checkbox"/> coabitazione più famiglie <input type="checkbox"/> con partner(con/senza figli) <input type="checkbox"/> altro	
Numero componenti del nucleo convivente (compreso intestatario scheda) :		

Presenza donna in gravidanza	<input type="checkbox"/> SI: (indicare grado di Parentela)..... <input type="checkbox"/> NO
------------------------------	--

2.Relazioni familiari (compilare per ogni convivente parte del nucleo, anche minore)

Famigliare/convivente n.1

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nascita/età
Nazione di nascita	Comune di nascita
<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> figlio/a <input type="checkbox"/> fratello/sorella <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> altro	Invalidità: <input type="checkbox"/> SI (%.....) <input type="checkbox"/> NO

Famigliare/convivente n.2

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nascita/età
Nazione di nascita	Comune di nascita
<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> figlio/a <input type="checkbox"/> fratello/sorella <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> altro	Invalidità: <input type="checkbox"/> SI (%.....) <input type="checkbox"/> NO

Famigliare/convivente n.3

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nascita/età
Nazione di nascita	Comune di nascita
<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> figlio/a <input type="checkbox"/> fratello/sorella <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> altro	Invalidità: <input type="checkbox"/> SI (%.....) <input type="checkbox"/> NO

Famigliare/convivente n.4

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nascita/età
Nazione di nascita	Comune di nascita
<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> figlio/a <input type="checkbox"/> fratello/sorella <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> altro	Invalidità: <input type="checkbox"/> SI (%.....) <input type="checkbox"/> NO

Famigliare/convivente n.5

Cognome	Nome
Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data nascita/età
Nazione di nascita	Comune di nascita
<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> genitore <input type="checkbox"/> figlio/a <input type="checkbox"/> fratello/sorella <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> Lavoratore <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> altro	Invalidità: <input type="checkbox"/> SI (%.....) <input type="checkbox"/> NO

3.Situazione finanziaria-bisogno finanziario

Allegare Modello Isee 2018 in corso di validità calcolato su redditi 2016

Valore ISEE 2018 :€	
Canoni affitto arretrati? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quanti mesi arretrati? <input type="checkbox"/> 1-2mesi <input type="checkbox"/> 3-4 mesi <input type="checkbox"/> oltre 4 mesi
Spese condominiali arretrate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quante rate arretrate? <input type="checkbox"/> 1-2 rate <input type="checkbox"/> 3-4 rate <input type="checkbox"/> oltre 4 rate
Bollette luce arretrate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quante bollette arretrati? <input type="checkbox"/> 1-2 bollette <input type="checkbox"/> 3-4 bollette <input type="checkbox"/> oltre 4
Bollette gas arretrate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quante bollette arretrati? <input type="checkbox"/> 1-2 bollette <input type="checkbox"/> 3-4 bollette <input type="checkbox"/> oltre 4
Suo figlio è iscritto all'asilo nido? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Spese mensa scolastica arretrate? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quanti mesi arretrati? <input type="checkbox"/> 1-2 mesi <input type="checkbox"/> 3-4mesi <input type="checkbox"/> oltre 4 mesi
Quali spese vorresti sostenere con un contributo a fondo perduto?	
<input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> spese condominiali <input type="checkbox"/> bollette gas/luce	
<input type="checkbox"/> spese scolastiche <input type="checkbox"/> spese mediche <input type="checkbox"/> spese ricreative	
<input type="checkbox"/> altro(specificare cosa).....	

4.Famiglie con minori dal 0 a 10 anni: gestione minori

Figlio 1

Suo/a figlio/a è iscritto a servizi educativi o di conciliazione vita/famiglia lavoro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quali? <input type="checkbox"/> Nido d'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia <input type="checkbox"/> Micronido <input type="checkbox"/> Pre/Post scuola <input type="checkbox"/> Altro
C'è qualche figura di supporto nella gestione dei suoi figli (0-10 anni)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, chi? <input type="checkbox"/> Rete familiare <input type="checkbox"/> Rete amicale <input type="checkbox"/> Vicinato <input type="checkbox"/> Baby sitter/Servizi a pagamento <input type="checkbox"/> Altro
Suo/a figlio/a partecipa ad attività di tipo aggregativo sul territorio (oratorio, associazioni, eventi di quartiere, scout, uscite con parenti e amici)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quante volte all'anno? <input type="checkbox"/> Una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Due volte al mese <input type="checkbox"/> Ogni 3 mesi <input type="checkbox"/> Ogni 6 mesi <input type="checkbox"/> Una volta all'anno/mai
Quante volte all'anno suo/a figlio/a partecipa ad attività culturali (es. cinema, museo, biblioteca)? <input type="checkbox"/> Una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Due volte al mese <input type="checkbox"/> Ogni 3 mesi <input type="checkbox"/> Ogni 6 mesi <input type="checkbox"/> una volta anno/mai	
È seguito dai Servizi Sociali del Comune o ospedalieri? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, quali? <input type="checkbox"/> Intervento domiciliare <input type="checkbox"/> Accoglienza in appartamento <input type="checkbox"/> Accoglienza in comunità <input type="checkbox"/> Centro diurno <input type="checkbox"/> mediazione familiare <input type="checkbox"/> Servizi di integrazione economica, quali: <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> REI <input type="checkbox"/> Altro

Figlio 2

<p>Suo/a figlio/a è iscritto a servizi educativi o di conciliazione vita/famiglia lavoro?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Se sì, quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Nido d'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola dell'infanzia <input type="checkbox"/> Micronido <input type="checkbox"/> Pre/Post scuola <input type="checkbox"/> Altro</p>
<p>C'è qualche figura di supporto nella gestione dei suoi figli (0-10 anni)?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Se sì, chi?</p> <p><input type="checkbox"/> Rete familiare <input type="checkbox"/> Rete amicale <input type="checkbox"/> Vicinato <input type="checkbox"/> Baby sitter/Servizi a pagamento <input type="checkbox"/> Altro</p>
<p>Suo/a figlio/a partecipa ad attività di tipo aggregativo sul territorio (oratorio, associazioni, eventi di quartiere, scout, uscite con parenti e amici)?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Se sì, quante volte all'anno?</p> <p><input type="checkbox"/> Una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Due volte al mese <input type="checkbox"/> Ogni 3 mesi <input type="checkbox"/> Ogni 6 mesi <input type="checkbox"/> Una volta all'anno/mai</p>
<p>Quante volte all'anno suo/a figlio/a partecipa ad attività culturali (es. cinema, museo, biblioteca)?</p> <p><input type="checkbox"/> Una volta alla settimana <input type="checkbox"/> Due volte al mese <input type="checkbox"/> Ogni 3 mesi <input type="checkbox"/> Ogni 6 mesi <input type="checkbox"/> una volta anno/mai</p>	
<p>È seguito dai Servizi Sociali del Comune o ospedalieri?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Se sì, quali?</p> <p><input type="checkbox"/> Intervento domiciliare <input type="checkbox"/> Accoglienza in appartamento <input type="checkbox"/> Accoglienza in comunità <input type="checkbox"/> Centro diurno <input type="checkbox"/> mediazione familiare <input type="checkbox"/> Servizi di integrazione economica, quali: <input type="checkbox"/> SIA <input type="checkbox"/> REI <input type="checkbox"/> Altro</p>

Informativa sul trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. del 30.06.2003 n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196\2003 si informa che i dati forniti saranno trattati esclusivamente con specifico riferimento al procedimento di abilitazione per il quale sono stati raccolti. I dati verranno trattati sia con mezzi cartacei, sia con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa specifica e delle regole previste dalla legge sulla privacy.

I dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi, se non per i necessari adempimenti relativi al procedimento, per la gestione del rapporto, per le operazioni di natura amministrativa, consulenza legale e contrattuale, o per obblighi di legge a soggetti che operano in ausilio e per conto della Fondazione Welfare Ambrosiano.

Potranno venire a conoscenza dei Vostri dati personali: gli incaricati che adempiono alle procedure di gestione delle pratiche in oggetto, nonché gli incaricati della gestione e manutenzione dei sistemi informatici e di elaborazione dati.

In ogni momento potrete esercitare i Vostri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003 (l'elenco dei diritti è consultabile comodamente nel sito Internet [Garanteprivacy.it](http://www.Garanteprivacy.it)).

Titolare del trattamento è la Fondazione Welfare Ambrosiano, con sede legale in Milano, Via Larga 2.

Preso visione dell'informativa ex art. 13 D. Lgs. 196\2003, il/la sottoscritto/a presta il consenso al trattamento dei dati personali propri e del soggetto rappresentato per le finalità indicate nell'informativa stessa sopra riportata.

Firma