

**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SOCIALI INNOVATIVI DI SOSTEGNO A
NUCLEI FAMILIARI MULTIPROBLEMATICI**

AZIONE A

Progetto "B2 LIFE" – Programma "Campania Welfare"
CUP: F51F25000580009 – SURF: 2713224036AP000000012

Azienda Speciale Consortile B02

Via G. Mazzini, 13
82018 San Giorgio del Sannio
Benevento

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome _____ **Nato/a a** _____ **il**

_____ **Codice Fiscale** _____ **Residente in**

_____ **Via/Piazza** _____ **n.** _____

CAP _____ **Telefono/Cellulare** _____

E-mail _____ **PEC** _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per l'attivazione di Servizi Sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici, nell'ambito del Progetto "B2 LIFE" – Programma "Campania Welfare" (selezionare una sola opzione coerentemente con l'Art. 3 dell'Avviso) solo in casi particolari e motivati si può indicare uno o più attività:

☐	Educativa Domiciliare
☐	Tutoraggio Educativo Specialistico
☐	Assistenza Specialistica Scolastica
☐	Consulenza Psicologica e Pedagogica
☐	Riunioni di Famiglia (Family Group Decision Making)

DICHIARA

ai sensi del DPR n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

☐ essere tra i fruitori dell'Assegno di Inclusione/Supporto per la Formazione e il Lavoro;

oppure, in alternativa, avere tra i componenti del nucleo, soggetti che si trovino in una delle seguenti condizioni di svantaggio (ai sensi del DM 17 ottobre 2017):

- ☐ di non avere un impiego regolarmente retribuito da almeno 6 mesi;
- ☐ di avere un'età compresa tra i 15 e i 24 anni;
- ☐ di non possedere un diploma di scuola media superiore o professionale (livello ISCED 3) o aver completato la formazione a tempo pieno da non più di due anni e non avere ancora ottenuto il primo impiego regolarmente retribuito;
- ☐ di aver superato i 50 anni di età;
- ☐ di essere un adulto che vive solo o con una o più persone a carico ovvero coloro che hanno compiuto 25 anni di età e che sostengono da soli il nucleo familiare in quanto hanno una o più persone a carico;
- ☐ di essere occupato in professioni o settori caratterizzati da un tasso di disparità uomo-donna che supera almeno del 25% la disparità media uomo-donna in tutti i settori economici se il lavoratore interessato appartiene al genere sotto rappresentato;
- ☐ di appartenere a una minoranza etnica di uno Stato membro UE e avere la necessità di migliorare la propria formazione linguistica e professionale o la propria esperienza lavorativa per aumentare le prospettive di accesso ad un'occupazione stabile;

Di avere una **condizione economica in base all'ISEE corrente:**

- ☐ da € 0,00 a € 3.000,00 (4 pt)
- ☐ da € 3.000,01 a € 6.000,00 (3 pt)
- ☐ da € 6.000,01 a € 9.000,00 (2 pt)
- ☐ da € 9.000,01 a € 10.140,00 (1pt)
- ☐ superiore a € 10.140,00 (0 pt)

Di avere nel proprio nucleo familiare

- ☐ Più di 5 componenti (3 pt)
- ☐ Tra i 3 e i 5 componenti (2 pt)
- ☐ Meno di 3 componenti (1 pt)

Indicare la composizione del nucleo:

componente	Nome e cognome	Genitore /figlio/ altro	Età
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Avere tra i componenti un soggetto o più componenti in stato di disoccupazione o inoccupati.

- ☐ da più di 2 anni (3 pt)
- ☐ da 1 a 2 anni (2 pt)
- ☐ da meno di 1 anno (1 pt)

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA ALLEGATA:

- copia documento di identità del richiedente in corso di validità;
- copia permesso di soggiorno in caso di cittadino extracomunitario;
- copia codice fiscale;
- certificato di disoccupazione (D.I.D.) rilasciato dal Centro per l'impiego di data non anteriore a mesi tre dalla data di pubblicazione del presente avviso pubblico e certificato storico di disoccupazione attestante lo stato di

inoccupato (C2 storico) sempre rilasciato dal Centro per l'Impiego (obbligatorio per riconoscimento punteggio criterio stato occupazionale);

- certificazione rilasciata dall'ASL di appartenenza attestante la disabilità del minore (obbligatorio solo per l'attività riservate ai minori con disabilità)
- attestazione ISEE in corso di validità

EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA - specificare

INFORMATIVA E CONSENSO SULLA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 e s.m.i., dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il consenso al loro trattamento per le finalità connesse all'attuazione dell'intervento.

Firma per presa visione: _____

DICHIARAZIONE FINALE

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto integralmente l'Avviso Pubblico e di accettarne tutte le condizioni. Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- la presentazione della domanda non comporta l'automatica ammissione al servizio;
- la mancata integrazione documentale nei termini stabiliti (10 giorni), in caso di soccorso istruttorio ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) della L. 241/1990 e dell'art. 21 del D.Lgs. 76/2020, comporterà l'esclusione dalla graduatoria;

Luogo e data: _____

Firma leggibile: _____

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Questa sezione deve essere compilata ed elaborata esclusivamente a cura del Servizio Sociale Professionale territorialmente competente per territorio (comune dell'Ambito B02).

SEZIONE I: STATO DI PRESA IN CARICO E IDONEITÀ

Si attesta che il nucleo familiare richiedente:

- ☐ Risulta già formalmente IN CARICO al Servizio Sociale professionale territoriale.

Estremi della presa in carico (Data e riferimento PAI / Progetto Personalizzato): _____

nucleo in carico dal (indicare data o anno): _____

Atto/Cartella Sociale /fascicolo _____

il fascicolo è stato già caricato nella cartella sociale informatizzata dell'azienda:

- ☐ *si - a nome di* _____
- ☐ *no - è presente solo in cartaceo presso l'ufficio del servizio sociale*

ulteriori Note (specificare su quali servizi o interventi il nucleo è stato preso in carico - breve descrizione)

- ☐ NON risulta in carico ma, a seguito di valutazione d'ufficio della documentazione allegata, è ritenuto IDONEO alla partecipazione alle attività progettuali.

SEZIONE II: SERVIZIO INDIVIDUATO / ASSEGNATO PER IL NUCLEO FAMILIARE

Sulla base del bisogno sociale rilevato e d'intesa con il nucleo familiare, si propone l'ammissione del beneficiario alla seguente e singola attività (selezionare una sola opzione coerentemente con l'Art. 3 dell'Avviso) solo in casi particolari e motivati si può indicare uno o più attività:

Selez.	Tipologia di Attività (Azione A)	Dettagli del Percorso / Target	Indicare il beneficiario dell'azione Nucleo o componente
☐	Educativa Domiciliare	N. 19 famiglie, durata media 6 mesi, 6 ore settimanali	
☐	Tutoraggio Educativo Specialistico	N. 15 beneficiari (DSA/BES/difficoltà), 6 mesi, 6 ore settimanali	
☐	Assistenza Specialistica Scolastica	N. 12 beneficiari (Disabilità/BES), 4 mesi, 6 ore settimanali	
☐	Consulenza Psicologica e Pedagogica	N. 17 percorsi (minori/adulti), 6 mesi, 6 ore settimanali	
☐	Riunioni di Famiglia (Family Group Decision Making)	N. 15 percorsi (progetto di tutela allargato), 6 mesi, 2.5 ore sett.	

Luogo e data

L'assistente sociale
