



**Congrega
della Carità
Apostolica**

E FONDAZIONI AMMINISTRATE

FONDAZIONE CONIUGI

DANIELE BONICELLI REGGIO E EVA PEDERZANI

Brescia, 17 giugno 2022

Prot. 1452

Con un atto di generosità non comune, la signora Eva Pederzani, scomparsa nel 2017, ha destinato considerevoli risorse al **sostegno dei familiari di persone con sofferenza psichica**. E' sorta così la Fondazione coniugi Daniele Bonicelli Reggio e Eva Pederzani, affidata alla Congrega della Carità Apostolica.

Più precisamente, l'ente "ha per oggetto l'attività di beneficenza in Brescia e provincia, finalizzata al sostegno dei familiari – intendendosi per tali il coniuge, i figli, i genitori e i fratelli – che assistono gli ammalati mentali, con diagnosi medica accertata" (art. 3.1 Statuto).

Nei primi tre anni di attività, sono state compiute erogazioni per 125mila euro, suddivise tra gli aiuti alle persone in difficoltà e il sostegno a progetti di associazioni di familiari.

Desideriamo segnalare questa possibilità di aiuto, tra le altre che la Congrega mette a disposizione, sottolineandone la specificità e ringraziamo sin d'ora per la collaborazione che vorrete prestare, fondamentale per raggiungere ed alleviare le necessità più nascoste di queste famiglie.

Con il più cordiale saluto.

Alberto Broli
presidente della Commissione
Direttiva della Fondazione

Franco Bossoni
presidente Congrega della
Carità Apostolica

In allegato: modulo per richiesta contributo



**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