

All'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di _____

Oggetto: Domanda di voucher sociale per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD/SADH).

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

e residente a _____ in via _____ n. _____

codice fiscale _____

tel. _____ email: _____

in qualità di:

- Beneficiario
- Familiare (specificare grado di parentela) _____
- Amministratore di sostegno (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____
- Tutore (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____
- Curatore (indicare gli estremi del decreto di nomina) _____

C H I E D E

l'erogazione di voucher sociale per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD/SADH) dal _____ al _____ per un monte ore complessivo di _____ ore, per conto e a favore di:

(Nome) _____ (Cognome) _____

data di nascita: _____ luogo di nascita: _____

codice fiscale _____

residente a _____ in via _____ n. _____

domiciliato a _____ in via _____ n. _____

sotto forma delle seguenti tipologie di prestazioni e interventi:

- AIUTO PER L'IGIENE DELLA PERSONA (1 ora)** (alzata, vestizione, igiene personale completa con elevata complessità assistenziale, riordino bagno/camera da letto, bagno settimanale (in vasca o a letto), igiene dei capelli);
- AIUTO PER L'IGIENE DELLA PERSONA (30 minuti)** (alzata, igiene personale semplice);
- AIUTO PER LA CURA DELLA PERSONA (1 ora)** (collaborazione per l'attuazione di interventi ADI, posizionamento ausili e presidi (se previsto), segnalazione al caregiver di riferimento sulla corretta assunzione di farmaci, postura e mobilizzazione in base alle limitazioni funzionali, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, non infermieristiche e non specialistiche ai sensi della DGR n°8/7693 del 24 luglio 2008);
- AIUTO PER LA CURA DELLA PERSONA (30 minuti)** (segnalazione al caregiver di riferimento sulla corretta assunzione di farmaci, postura e mobilizzazione in base alle limitazioni funzionali);

- o **ASSISTENZA AL PASTO** (preparazione pasti, somministrazione pasti, rimessa a letto, rimozione spazzatura,);
- o **ASSISTENZA AL PASTO** (somministrazione pasti, consegna pasti);
- o **AIUTO PER IL GOVERNO DELL'ALLOGGIO ABITATIVO E ATTIVITA' DOMESTICHE (1 ora)** (riordino e pulizia dei locali ad uso abitativo, cambio della biancheria);
- o **AIUTO PER IL GOVERNO DELL'ALLOGGIO ABITATIVO E ATTIVITA' DOMESTICHE (30 minuti)** (cambio della biancheria);
- o **SOCIALIZZAZIONE, VITA DI RELAZIONE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO (1 ora)** (accompagnamento per disbrigo piccole pratiche (ad es. pagamento utenze), accompagnamento per commissioni, piccoli acquisti e spesa, accompagnamento per rinforzo relazioni amicali, familiari e sociali, accompagnamento presso le strutture sanitarie (visite, controlli ecc);
- o **SOCIALIZZAZIONE, VITA DI RELAZIONE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO (30 minuti)** (accompagnamento per brevi commissioni);
- o **SERVIZIO SPERIMENTALE DI SOLLIEVO DOMICILIARE** pacchetti di ore" messi a disposizione delle famiglie con soggetti in condizioni di fragilità che vengono a trovarsi in situazioni caratterizzate da un bisogno improvviso, urgente e temporaneo di protezione, assistenza, mantenimento e per un tempo definito e definibile (minimo 20 ore – massimo 60 ore e per la durata di massimo 3 mesi).

L'intervento è richiesto nella seguente fascia oraria (indicare dalle ore alle ore):

mattino pomeriggio sera

giorno della settimana: lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato domenica

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 2000, per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità,

a) che il nucleo familiare del beneficiario è composto come segue:

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Attività/lavoro svolto

b) che altre persone di riferimento per il beneficiario sono le seguenti:

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Residenza

c) che il beneficiario ha:

un'invalidità civile di (indicare la percentuale); indennità di accompagnamento;

L.104/92 art. 3 co 1;

L.104/92 art. 3 co 3;

Inoltrato domanda di accertamento invalidità civile e L. 104/92 ma è in corso di valutazione;

Non ha inoltrato alcuna domanda di accertamento dell'invalidità.

d) che il reddito ISEE è di € _____.

Il beneficiario o chi per esso, identifica quale Ente Gestore per l'erogazione delle prestazioni richieste (specificare denominazione dell'Ente Gestore tra l'elenco degli accreditati identificati da Azienda Isola) _____

Si allega la seguente documentazione:

- ✓ Dichiarazione I.S.E.E.;
- ✓ Copia del verbale attestante l'invalidità;
- ✓ Copia del verbale ai sensi della l.104/92;
- ✓ Scheda ADL;
- ✓ Scheda IADL;
- ✓ Scheda di valutazione sociale;
- o Altro: _____

(luogo e data) _____ Firma _____

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 679/16 si porta a conoscenza dei richiedenti che:

1) i dati personali particolari sensibili dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. La finalità del trattamento è: presentazione domanda per accesso alla misura SAD/SADH.

2) il conferimento dei dati non è facoltativo bensì necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;

3) i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano e Enti deputati alla valutazione, gestione e controllo con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti dell'Azienda e comunali;

I dati vengono trattati mediante l'adozione di adeguate misure tecniche ed organizzative per la sicurezza del trattamento (art. 32 del Regolamento UE 679/16).

I diritti degli Interessati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o di limitazione del trattamento, portabilità dei dati, opposizione).

Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art.4 comma 7 e art.24 del GDPR è il Comune di _____ .

Il Responsabile esterno del trattamento dei dati ai sensi art. 28 del GDPR è Azienda Isola a.s.c. nella persona del Direttore Dott.ssa Mina Mendola.

Il Responsabile della protezione dei dati di Azienda Isola a.s.c. ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'Avv.Papa Abdoulaye Mbodj.

(luogo e data) _____ Firma _____