**ALLEGATO 1**

**PROGRAMMA NAZIONALE SERVIZI DI CURA ALL’INFANZIA E**

**AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**PIANO DI INTERVENTO PER I SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI - II RIPARTO**

**SCHEDA DI INTERVENTO TIPOLOGIA 1**

**“ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON L’ASSISTENZA SANITARIA”**

**MODELLO DI DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO “ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA – A.D.I.’’ A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**All’Ufficio di Piano dell’Ambito territoriale C08**

**per il tramite dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’assegnazione di buoni/voucher sociali per la fruizione del Servizio “Assistenza domiciliare integrata” a favore di:

* se stesso
* ( *indicare Cognome e Nome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (*specificare* tutore, coniuge, genitore, figlio, fratello, altro) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l’indicazione di dati non corrispondenti al vero e l’uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il beneficiario (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. è nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
2. è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(barrare con una X le dichiarazioni che interessano)*

1. □ è un cittadino extracomunitario con regolare permesso di soggiorno;
2. □ è un cittadino con età superiore ai 65 anni;
3. □ diversamente abile in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92;
4. □ è u invalido civile al 100%;
5. □ è affetto dalla seguente patologia prevista dalla Delibera di G.R. Campania n. 41 del 14.02.2011: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , come da certificazione allegata rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. □ non è autosufficiente sulla base della certificazione allegata rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. □ non usufruisce di servizi socio sanitari residenziali o semiresidenziali;
8. □ non usufruisce di assegno di cura;
9. □ ha preso visione dell’avviso per l’erogazione di voucher sociali a favore di anziani non autosufficienti per la fruizione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e di accettarne il contenuto;
10. □ ha preso visione del “Regolamento per la definizione della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi socio-sanitari” dell’Ambito C08 e relativa circolare regionale e di accettarne il contenuto;
11. □ ha preso visione del “Regolamento per il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e per il Servizio di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari attraverso l’erogazione di buoni servizio o voucher sociali”;
12. □ è consapevole che l’eventuale quota di compartecipazione sarà comunicata dal Servizio Sociale Professionale in sede di redazione e condivisione del PAI;
13. □ è consapevole che il mancato pagamento della quota di compartecipazione dovuta comporta la sospensione del servizio a partire dal mese successivo a quello di competenza.

Si allegano:

1. certificazione ex L. 104/92 e/o invalidità civile e/o certificazione rilasciata da struttura pubblica o dal MMG attestante la non autosufficienza o una della patologie citate dalla D.G.R.C. n. 41/2011 ;

2. attestazione I.S.E.E. in corso di validità;

3. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;

4. ogni altra documentazione ritenuta utile (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART. 13 DEL D.LGS 196/2003 e s.m.i.**

**“Codice in materia di protezione dei dati personali ”**

**FINALITA’ DEL TRATTAMENTO:** la raccolta ed il trattamento dei dati sono effettuati dal Comune di Santa Maria Capua Vetere, capofila dell’Ambito Territoriale C8, per le finalità di erogazione dei buoni/voucher sociali per la fruizione del servizio “Assistenza domiciliare integrata”.

**MODALITA’ DEL TRATTAMENTO:** il trattamento dei dati per le suddette finalità è realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni indicate dall’art. 4 del D. LGS 196/2003, è effettuato manualmente e/o con l’ausilio dei mezzi elettronici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, è svolto dal personale dei servizi sociali del Comune di residenza e dal personale dell'Ufficio di Piano Ambito C08.

**CONFERIMENTO DEI DATI**: il conferimento dei dati richiesti ha natura obbligatoria al fine della erogazione di buoni/voucher sociali per la fruizione del servizio “Assistenza domiciliare integrata”.

**RIFIUTO A CONFERIRE I DATI:** l’eventuale rifiuto di conferire i dati da parte dell’interessato comporta l’impossibilità di accedere all’assegnazione dei suddetti buoni/voucher sociali.

**COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI:** i dati raccolti potranno essere oggetto di comunicazione e diffusione al personale comunale dei servizi sociali responsabile del procedimento o comunque in esso coinvolto per ragioni di servizio e al personale dell'Ufficio di Piano Ambito C08.

**DIRITTI DELL’INTERESSATO**: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati

personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO:** titolare del trattamento dei dati è il Comune di residenza e il Comune di Santa Maria Capua Vetere, capofila dell’Ambito C8. Responsabile del trattamento è il personale comunale dei Servizi Sociali responsabile del procedimento o comunque in esso coinvolto per ragioni di servizio, nonché l’Ufficio di Piano dell’Ambito C08.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PER PRESA VISIONE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ per proprio conto ovvero □ esercitando la tutela del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza, ai sensi della vigente normativa, in particolare del D. Lgs. 19672003 e s.m.i., il Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nonché il Comune di S. Maria Capua Vetere, Capofila dell’Ambito C08, e per esso l’Ufficio di Piano, alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali e/o del beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se diverso, nell’ambito della procedura di evidenza pubblica, cui si partecipa con la presentazione della presente domanda.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Spazio riservato al Servizio Sociale** |

L’ASSISTENTE SOCIALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, letta l’istanza prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_, a seguito della relativa istruttoria

□ dichiara non ricevibile l’istanza per la seguente motivazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

**OPPURE**

□ dichiara il possesso dei requisiti di accesso di cui all’art. 4 del “Regolamento per il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e per il Servizio di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari attraverso l’erogazione di buoni servizio o voucher sociali”, prende in carico il beneficiario (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e chiede al Coordinatore dell’ufficio di piano di procedere con la convocazione dell’UVI, trasmettendo a tal fine in allegato la S.Va.M.A. – all. C .

Si allega:

* Scheda S.VA.M.A. sociale – all. C;
* Domanda e relativi allegati.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assistente Sociale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_