

MODELLO A

**PROGRAMMA NAZIONALE SERVIZI DI CURA ALL'INFANZIA E
AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
PIANO DI INTERVENTO PER I SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI – AZIONI DI
RAFFORZAMENTO TERRITORIALE**

**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 CON L'ASSISTENZA SANITARIA” A
FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO
SANITARI DELL'AMBITO TERRITORIALE C08**

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il ____/____/____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ cellulare _____ email _____

Pec _____

CHIEDE

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

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

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso

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*)
3. ☐ è un cittadino extracomunitario con regolare permesso di soggiorno;
4. ☐ è un cittadino con età superiore ai 65 anni;
5. ☐ diversamente abile in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92;
6. ☐ è un invalido civile al 100%;
7. ☐ è affetto dalla seguente patologia prevista dalla Delibera di G.R. Campania n. 41 del 14.02.2011: _____
_____, come da certificazione allegata rilasciata da _____;
8. ☐ non è autosufficiente sulla base della certificazione allegata rilasciata da _____;
9. ☐ non usufruisce ☐ usufruisce di servizi socio sanitari residenziali (*in caso positivo specificare* _____)

10. ☐ non usufruisce ☐ usufruisce di servizi socio sanitari semiresidenziali (*in caso positivo specificare* _____)
11. ☐ non usufruisce ☐ usufruisce di assegno di cura;
12. ☐ 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;
13. ☐ 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;
14. ☐ 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";
15. ☐ è consapevole che l'eventuale quota di compartecipazione sarà comunicata dal Servizio Sociale Professionale in sede di redazione e condivisione del PAI;
16. ☐ 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 SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)
Da sottoscrivere per presa visione e consenso

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

▪ **Titolare e responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Consorzio dei servizi sociali e socio-sanitari dell'Ambito Territoriale C08, nella persona del legale rappresentante p.t., dott. Davide Fumante), domiciliato per la carica in Via Albana - 81055 Santa Maria Capua Vetere (CE).

▪ **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è il legale rapp.te p.t. .

▪ **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio.

▪ **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.

▪ **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Consorzio e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti terzi per l'adempimento degli obblighi di legge.

▪ **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

▪ **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

Il Consorzio non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

▪ **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- c) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- e) ottenere la rettifica dei dati;
- f) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo segreteria@ambitoterritorialec8.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del procedimento di cui al presente Avviso pubblico.

Data, _____

Firma del dichiarante

Spazio riservato al Servizio Sociale Professionale

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 Direttore del Consorzio C08 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
