

Spett. Comune di CALCINATE
Settore Servizi Alla Persona
SEDE

OGGETTO: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)
- Servizio di Assistenza Domiciliare Disabile (S.A.D.H.)

Il sottoscritto/a _____ nat _____ a _____ il _____
Residente a _____ via _____ n _____
Tel _____ cell _____ email: _____

CHIEDE

l'ammissione al servizio di assistenza domiciliare a partire dal _____
per il sig./la sig.ra _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____ e-mail: _____
Relazione con il beneficiario: _____

A TAL FINE DICHIARA

In relazione alla determinazione della propria quota di compartecipazione al costo del servizio:

- di volersi avvalere delle tariffe agevolate e allega pertanto attestazione ISEE
- di non volersi avvalere delle tariffe agevolate, essendo consapevole che verrà attribuita quale quota di compartecipazione la tariffa massima prevista

COMUNICA

che l'eventuale familiare/persona di riferimento referente per l'assistenza è:

il sig./la sig.ra _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
Recapiti telefonici _____ e-mail: _____
Relazione col beneficiario: _____

DICHIARA ALTRESÌ DI:

1. essere consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

e della possibile decadenza dal diritto di assegnazione del contributo in caso di dichiarazioni false¹;

2. essere consapevole che nel caso in cui il beneficiario del Servizio di Assistenza Domiciliare non presenti la dichiarazione sostitutiva unica ai fini I.S.E.E., **entro 45 giorni dall'attivazione dello stesso**, il Comune provvederà ad applicare la compartecipazione massima prevista per la fruizione del Servizio ai sensi dell'art. 7 c. 7 del "Regolamento in materia dei servizi sociali".
3. Autorizzare il Comune di CALCINATE al trattamento dei dati personali² contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta, essendo stato informato che:
 - a. I dati personali comunicati nella domanda e nella documentazione ad essa allegata sono necessari ed utilizzati esclusivamente per le finalità del presente procedimento;
 - b. Il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che informatici e sarà svolto nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite nel regolamento comunale e nelle determinazioni e deliberazioni assunte in materia;
 - c. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria, in quanto indispensabile ai fini dell'espletamento delle procedure richieste;
 - d. Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'impossibilità di accedere al servizio;
 - e. Il responsabile del trattamento dei dati è il Comune di CALCINATE è il Sindaco.

Luogo e data

Il richiedente

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il S.A.D. viene erogato nei giorni da lunedì a sabato, ad eccezione di quelli festivi tramite figure professionali qualificate, ai sensi della normativa vigente, che garantiscono prestazioni socio-assistenziali di: aiuto per la cura del benessere psicofisico della persona e del suo ambiente di vita (igiene, alimentazione, relazioni sociali, ecc.); sostegno della rete familiare dell'utente; attivazione delle risorse e dei servizi del territorio; monitoraggio delle situazioni critiche a rischio di emarginazione sociale.

La tipologia di prestazione socio-assistenziale e la frequenza degli accessi al domicilio sono definite nel progetto personalizzato di intervento predisposto dall'assistente sociale, fino ad un massimo di 8 ore settimanali, salvo diversa valutazione del Servizio Sociale comunale.

L'operatore incaricato del servizio non deve essere in rapporto di parentela né di lavoro privato con il beneficiario.

La quota di compartecipazione al costo del servizio viene determinata moltiplicando il numero di ore di SAD fruite nel mese di riferimento per la tariffa personalizzata. Nella rendicontazione verrà conteggiato il tempo necessario all'operatrice per raggiungere la mia abitazione stimato da 5 a 10 minuti per ogni accesso.

Firma per presa visione

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Informazioni raccolte sul beneficiario

Tipo di invalidità: _____ % di invalidità civile: _____

Indennità di accompagnamento: Sì No

Disabilità ai sensi della L. 104/92 : Art 3 c. 1 Art 3 c. 3

¹ Ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa".

² Dichiaro di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa