



Ambito Distrettuale di Mortara

COMUNE CAPOFILA MORTARA

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Pavia

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER SOCIALI O BUONI SOCIALI
PER INTERVENTI PER LE NON AUTOSUFFICIENZE DGR x/7856 DEL 12/02/2018-MISURA B2**

AI SERVIZIO SOCIALE

COMUNE di

BENEFICIARIO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via _____ n. _____

Comune di _____ cap. _____ Tel. _____

RICHIEDENTE

(se diverso dal beneficiario e intestatario del c/c per il versamento del buono)

Familiare convivente Familiare Altra persona di riferimento

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in via _____ n. _____

Comune di _____ cap. _____ Tel. _____

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti di ammissione:

- Indennità di accompagnamento e/o art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
- ISEE uguale o inferiore ad Euro 15.000,00 per il progetto di vita indipendente ISEE uguale o inferiore ad Euro 20.000,00 in corso di validità ;
- Residenza presso un Comune appartenente all'Ambito di Mortara;
- Limitata o assente autonomia motoria nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e fragilità sociale.

CHIEDE

che venga erogato un voucher/buono a favore del beneficiario per la seguente prestazione (*barrare la casella/e*):

1	Buono sociale mensile per <i>caregiver familiare</i>	
2	Buono sociale mensile per acquistare prestazioni di assistente personale con regolare contratto	
3	Buono sociale mensile per acquistare prestazioni di assistente personale con regolare contratto scelto prioritariamente tra quelli iscritti al registro degli assistenti familiari ex l.r. n. 15/2015 e successiva DGR n. 5648/2016.	
4	Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente	
5	Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità	

Il Buono/voucher è da erogare su conto corrente bancario/postale intestato al:

Beneficiario

Richiedente

Codice fiscale

C/o la Banca/Posta di _____ Filiale _____

C. IBAN:

(Allegare copia cartacea dei dati bancari ove si indichi chiaramente il **CODICE FISCALE** e l'**INTESTATARIO** del conto corrente)

CHIEDE

inoltre che il **voucher** venga erogato dal seguente soggetto gestore:

Ente Gestore Accreditato _____ sede _____

Luogo e data

Firma

Si allega alla presente domanda:

copia Indennità di accompagnamento e/o art. 3 comma 3 della legge 104/1992;

- copia ISEE in corso di validità
- copia Carta Identità del Beneficiario e/o Richiedente
- copia Codice fiscale del Beneficiario e/o Richiedente
- copia Dati bancari/postali del Beneficiario e/o Richiedente
- copia contratto di lavoro (se richiesto)
- Allegato B – autocertificazione di assistenza garantita;

INFORMATIVA AGLI UTENTI

A tutti i gentili Utenti

Desideriamo informarVi che il Codice sulla privacy garantisce che il trattamento dei dati personali e/o sensibili delle persone fisiche e giuridiche si svolge nel rispetto dei loro diritti, delle loro libertà fondamentali, nonché della loro dignità, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità persona.

Il trattamento dei dati che intendiamo effettuare sarà quindi improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei Vostri diritti ed in particolare dei Vostri diritti alla riservatezza.

Ai sensi della legge citata (D. Lgs. 196/03 – Codice sulla privacy), Vi informiamo che:

1. Il trattamento previsto ha le seguenti finalità: adempimenti di Legge connessi alla gestione amministrativa del rapporto; adempimento degli obblighi contrattuali, vale a dire l'erogazione del servizio; supporto e informazione in merito ai servizi da Voi acquisiti, verifica della soddisfazione degli Utenti

2. Il trattamento previsto sarà effettuato con l'uso dei supporti cartacei e/o di sistemi automatizzati

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per i dati personali e/o sensibili utilizzabili per lo svolgimento delle attività istituzionali della nostra organizzazione, fermo restando che gli stessi potranno essere utilizzati per: statistiche anonime; referenze; informazioni su annunci di nuovi servizi da parte nostra;

4. I dati da noi trattati potranno, ove del caso, essere inseriti nelle elaborazioni/rendicontazioni imposti dai regolamenti delle Amministrazioni Pubbliche.

5. In ordine alla costituzione di un sistema informativo integrato socio sanitario, i dati da voi forniti per l'attivazione di servizi da parte di questo Ente saranno trasmessi al Distretto socio sanitario di riferimento dell'ASL di Bergamo e al medico di assistenza primaria;

In relazione al trattamento previsto potrete esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dal D. Lgs 196/03 che potrete reperire sul sito dell'Ufficio del Garante: www.garanteprivacy.it; in particolare potrete conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporVi al trattamento dei dati - Titolare dei dati è Comune di Mortara Capofila del Distretto di Mortara.

Data, _____

Firma dell'Utente, _____

A cura del servizio sociale si allega:

- Allegato C – schede di valutazione ADL – IADL e fragilità sociale;
- Allegato D – progetto individuale;
- Allegato E – Intervista al *caregiver*
- Scheda di valutazione sociale
- Scheda *Triage*

Importo complessivo Buono / voucher con eventuale decurtazione: Euro _____