



**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.



- 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](http://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 \_\_\_\_\_