

## ALLEGATO 1

**MODELLO DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO "ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE A FAVORE DI ANZIANI E DISABILI CON LIMITATA AUTONOMIA E/O NON AUTOSUFFICIENTI****AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI DEL MEDIO VOLTURNO C09**

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 socio-assistenziale" 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*)
3.  è un cittadino con età superiore ai 65 anni;
4.  è un cittadino con età superiore ai 65 anni extracomunitario con regolare permesso di soggiorno;
5.  è un cittadino con età superiore ai 65 anni (*altro specificare*) \_\_\_\_\_
6.  diversamente abile in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92;
7.  è un invalido civile al \_\_\_\_\_%  con  senza indennità di accompagnamento;
8.  è affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, come da certificazione allegata rilasciata da \_\_\_\_\_;
9.  non è autosufficiente sulla base della certificazione allegata rilasciata da \_\_\_\_\_;
10.  non usufruisce  usufruisce di servizi socio sanitari residenziali (*in caso positivo specificare* \_\_\_\_\_)
11.  non usufruisce  usufruisce di servizi socio sanitari semiresidenziali (*in caso positivo specificare* \_\_\_\_\_)
12.  non usufruisce  usufruisce di assegno di cura;
13.  ha preso visione dell'avviso per l'erogazione di voucher sociali a favore di anziani e disabili non autosufficienti per la fruizione del Servizio di Assistenza Domiciliare Non Integrata e di accettarne il contenuto;
14.  ha preso visione del "Regolamento per la definizione della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali" del Consorzio C09 e di accettarne il contenuto;
15.  ha preso visione del "Regolamento per il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale attraverso l'erogazione di buoni servizio o voucher sociali";
16.  è consapevole che l'eventuale quota di compartecipazione sarà comunicata dal Servizio Sociale Professionale in sede di redazione e condivisione del PAI;

17.  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;
2.  invalidità civile;
3.  certificazione rilasciata da struttura pubblica attestante la non autosufficienza o una patologia invalidante;
4.  certificazione del MMG attestante la ridotta autosufficienza temporanea o protratta, o fragilità tale da compromettere l'autonomia nelle azioni di vita quotidiana;
5. attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
6. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;
7. 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 C09, nella persona del Direttore Generale Dott.ssa Cecere Erminia

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

▪ **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 : \_\_\_\_\_

**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 1 dell' AVVISO PUBBLICO ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO "ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA, prende in carico il beneficiario (specificare nome e cognome) \_\_\_\_\_ e procedere ad effettuare gli adempimenti di competenza per la valutazione del bisogno i cui esiti sono allegati alla presente scheda.

Si allega:

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

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

Assistente Sociale  
\_\_\_\_\_

<b>Spazio riservato al Servizio sociale professionale</b>
-----------------------------------------------------------

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**

prende in carico il beneficiario (nome e cognome) \_\_\_\_\_, con la compilazione della S.Va.M.A. e con la redazione del seguente progetto assistenziale individualizzato – PAI –

**PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)**

1. Visto il punteggio degli indicatori - S.Va.M.A. pari a \_\_\_\_\_, chiede l'assegnazione di N. \_\_\_\_\_ ore settimanali da espletarsi secondo il seguente mansionario

PRESTAZIONI DI CURA ALLA PERSONA	TEMPO PREVISTO	ATTIVITÀ LEGATE ALLA PRESTAZIONE	GIORNO	FASCIA ORARIA
Aiuto ad alzarsi dal letto (semplice/complesso)	max 60'	Igiene della persona, vestizione e cambio della biancheria, postura e mobilizzazione anche associate all'uso di ausili e protesi, rifacimento del letto e cambio al bisogno della biancheria, riordino camera e bagno		
Posizionamento a letto (semplice/complesso)	max 60'	Igiene della persona, vestizione, rimessa a letto, riordino materiale usato, riordino camera bagno		
Bagno (semplice/complesso)	max 50'	Preparazione e riscaldamento dell'ambiente, provvedere/aiutare/controllare (in relazione al grado di complessità) nella svestizione e vestizione, nel lavaggio di tutta la persona compresi capelli e barba. Riporre la biancheria e detergere il materiale usato e riordinare il bagno.		
Igiene personale ordinaria (semplice/complessa)	max 30'	Igiene viso, orecchie, collo, mani, ascelle, parti intime, pannolone (se utilizzato), igiene orale, cambio biancheria e indumenti al bisogno, aiuto nel vestirsi, riassetto di quanto utilizzato.		
Aiuto nell'assunzione o somministrazione dei pasti – pranzo/cena (semplice/complesso)	max 40'	Preparazione e riassetto tavola o vassoio se persona allettata, preparazione o accompagnamento persona, aiuto nell'assunzione o somministrazione pasto.		
Preparazione e assunzione dei pasti – pranzo/cena (semplice/complesso)	max 60'	Preparazione del pasto in osservanza delle eventuali prescrizioni del medico di famiglia e/o di altro specialista, aiuto nell'assunzione, controllo stato di conservazione del cibo, riordino delle stoviglie e cucina.		
Aiuto nella deambulazione	max 60'	Accompagnamento e sostegno nella deambulazione all'interno delle mura domestiche e/o all'esterno.		
Pulizia ordinaria dell'ambiente di vita	max 120'	Riordinare la cucina, camera da letto, bagno, rifare il letto, cambio biancheria. Pulizia e igiene del piano cottura, lavandini, sanitari, pavimenti, vetri, detergere gli strumenti usati e riporli. Lavare, stirare e riordinare gli indumenti personali e biancheria della casa.		
Pulizia straordinaria dell'ambiente di vita	max 120'	Pulizia approfondita e accurata della casa a cadenza programmata (mensile, trimestrale, semestrale) prevedendo il riordino armadi e cassetti, cambio stagione, spolveratura mobili e pareti, pulitura frigorifero, riordino e selezione degli oggetti e materiali da conservare o eliminare.		

Spesa e piccole commissioni	max 40'	Spesa giornaliera e piccole commissioni, escluso delega al ritiro della pensione.		
Supporto alla vita di relazione ed alle attività esterne	max 120'	Accompagnamento e stimolo a partecipare ad attività esterne ricreative, culturali, associative.		
Accompagnamento esterno	max 120'	Accompagnamento presso scuole, strutture sociali e sanitarie, ubicate nel territorio di competenza del Consorzio e limitrofo, ma senza l'utilizzo di mezzi privati.		

2. **DURATA del PAI** presumibilmente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
3. Data presunta di **REVISIONE** del PAI \_\_\_\_\_
4. **Valore del voucher** € \_\_\_\_\_, **DI CUI** € \_\_\_\_\_ a carico dell'utente da versare direttamente all'ente accreditato ed € \_\_\_\_\_ (Valore del BUONO/voucher) a carico del Consorzio C09 : € \_\_\_\_\_
5. **Soggetto accreditato dal Consorzio C09 scelto dall'utente** \_\_\_\_\_
6. **Operatore**             O.S.S.             O.S.A.

Si allega:

- Scheda S.V.A.M.A. sociale;
- Domanda e relativi allegati.

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

Assistente Sociale

Per accettazione Utente/Familiare/Tutore

Il presente PAI unitamente agli allegati viene trasmesso all'ufficio di piano a cura del servizio sociale competente in data \_\_\_\_\_ tramite pec.

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

Assistente Sociale

**Spazio riservato all'Ufficio \_\_\_\_\_ del Consorzio C09**

Si autorizza il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ ad usufruire del servizio assistenza domiciliare sociale per cittadini con disabilità con prestazioni offerte dal soggetto accreditato \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, secondo il calendario elaborato nel PAI dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, con valore del voucher pari ad € \_\_\_\_\_ a carico del Consorzio C09 e quota di compartecipazione oraria al costo della prestazione sociale a carico dell'utente pari a € \_\_\_\_\_ da versare direttamente al soggetto accreditato .

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

La Coordinatrice o suo delegato

Per accettazione e consegna del servizio in data \_\_\_\_\_

Per il Soggetto accreditato \_\_\_\_\_