|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **logo** | **stemma comune di mattinata** | **stemma comune monte sant'angelo** | **8078** |
| **Comune di Manfredonia** | **Comune di Mattinata** | **Comune di Monte Sant’Angelo** | **Comune di Zapponeta** |

 **Distretto di Manfredonia**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI**

**MANFREDONIA MATTINATA MONTE SANT’ANGELO ZAPPONETA**

**ASL FG – DISTRETTO DI MANFREDONIA**

Via S. Lorenzo, n. 47 – tel. 0884/519631

**DOMANDA DI ACCESSO PER INTERVENTI**

**SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI INTEGRATI**

**ASSISTENZA DOMICILIARE**

**Alla Porta Unica di Accesso**

**c/o Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/la richiedente(beneficiario)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/aa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_)il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato *(se diverso dalla residenza)* in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sesso M F stato civile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_*

*In caso di rappresentante legale (genitore,tutore,curatore,amministratore, etc...) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (articolo 4 DPR 445/2000):*

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_tel/cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* rappresentante legale del richiedente (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione al:

* Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
* Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
* Dimissioni Ospedaliere Protette (cure domiciliari)

**PRESTAZIONI RICHIESTE**

* Cura della persona (igiene personale, aiuto nella mobilizzazione, prestazioni igienico sanitarie complementari all'attività sanitaria);
* Aiuto domestico (governo e pulizia della casa e degli arredi, preparazione dei pasti, riordino indumenti e biancheria);
* Supporto alla vita di relazione (accompagnamenti finalizzati al mantenimento della vita di relazione);
* prestazioni infermieristiche ADI;
* Fisioterapia;

*A tal fine, ai sensi dell'art.46 e 47 del T.U. Emanato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità.*

*Consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.P. 445/2000 per la ipotesi di falsità e dichiarazioni mendaci.*

**DICHIARA**

* 1. di vivere solo
  2. di convivere con le seguenti persone:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n | Cognome e nome | Data di nascita | Relazione di parentela | Eventuale disabilità %riconosciuta |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

* 1. che il valore ISEE riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda ammonta ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  2. che gli altri redditi percepiti nell'anno precedente alla presentazione dell'istanza (a titolo esemplificativo sono da considerarsi tali le indennità di accompagnamento, la pensione o l'assegno di invalidità civile, le rendite INAIL, assegni di cura ed ogni altra provvidenza economica a supporto della condizione di non autosufficienza, erogate sulla base di altre disposizioni di legge o provvedimenti locali) ammontano ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  3. che il beneficiario risulta:
* Invalido in attesa di riconoscimento come da allegata copia di richiesta inoltrata alla componente Commissione (numero Domus);
* invalido civile al \_\_\_\_\_ %;
* titolare d'indennità di accompagnamento;
* persona in situazione di handicap ai sensi della L.104/1992 art. 3, comma 1

comma 3**;**

* beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico (indicare quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**f )**

* di voler contribuire al pagamento del costo orario del Servizio, definito a seguito della verifica di quanto dichiarato ai punti c), e), d) da parte di questo ufficio.

**SI IMPEGNA**

* A sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di Valutazione Multidimensionale ADI
* a corrispondere puntualmente, ove dovute, le quote mensili di compartecipazione al costo del servizio, come previsto dal regolamento di Ambito per l'accesso alle prestazioni, mediante versamento nelle modalità previste previa la sospensione del servizio;
* a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio e sospensioni temporanee.

**AUTORIZZA**

Gli Uffici dell'Ambito Sociale di Zona e del Distretto Socio-Sanitario della ASL deputati all'attivazione dei Servizi:

* al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza socio-sanitaria integrata ai sensi dell'art. 10 del D. Legislativo 196/2003 “Codice in materia dei dati personali” e successive integrazioni;
* alla visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
* alla rilevazione di tutti i dati necessari alla Valutazione Multidimensionale (Scheda S.Va.M.A) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

**ALLEGA:**

1. copia del verbale della commissione sanitaria ( invalidità civile, L. 104/92 art. 3, comma 1 e comma 3) oppure, per coloro che sono in attesa di riconoscimento copia della ricevuta con numero Domus dell'avvenuto inoltro della richiesta;
2. Attestazione ISEE in corso di validità;
3. Copia fotostatica di un documento di riconoscimento valido del beneficiario e della persona che firma l’istanza per impedimento del richiedente, se diverso;
4. Idonea certificazione sanitaria, rilasciata da strutture del Servizio Sanitario Nazionale, attestante la presenza di grave patologia;
5. ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni dell'utente e del nucleo familiare convivente.

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

**Informativa sulla Privacy**

Si informa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali nella seguente materia: **Assistenza Domiciliare** ed avverrà presso l’Ambito Territoriale di Manfredonia, con l’utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità; i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili ed incaricati di altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio che debbano partecipare al procedimento amministrativo.

I dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei seguenti responsabili o incaricati del trattamento: impiegati al servizio protocollo, archivio e contabile. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta quindi l’impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

Gli interessati possono esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e agli artt. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003, oltre a chiederne la rettifica, l’aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste all’Ambito Territoriale dei Comuni di Manfredonia – Monte Sant’Angelo – Mattinata - Zapponeta.

Titolare del trattamento è l’Ufficio di Piano del Comune di Manfredonia – via San Lorenzo n. 47 (e-mail: ufficiodipiano@comune.manfredonia.fg.it)

Responsabile della protezione dei dati è la MULTYBUSINNES SNR – via DEI Bizantini 37B 88046 – Lamezia Terme (e-mail: [info@garanteprivacyitalia.it](mailto:info@garanteprivacyitalia.it) Persona fisica da contattare Pasquale Nicolazzo tel.: 0968462702 e-mail: [info@garanteprivacyitalia.it](mailto:info@garanteprivacyitalia.it) PEC: dpo@pec.garanteprivacyitalia.it .

L’informativa completa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, è a disposizione presso l’Ufficio di Piano.

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