Allegato 1

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale
di Gagliano del Capo

per il tramite del Servizio Sociale Professionale
del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a_____nato a_____
il_____e residente a_____(Prov._____) alla
via_____n. civico_____Codice Fiscale _____
n. telefono _____cell._____,
indirizzo e-mail _____

CHIEDE

☐ per se stesso
☐ in qualità di _____

del/della sig./ra_____, nato/a_____ il
_____e residente a_____ (Prov._____)
alla via_____n. civico_____, Codice Fiscale_____
n. telefono_____cell _____,
indirizzo e-mail_____

l'ammissione al **Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD).**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona destinataria della prestazione sociale, quanto segue:

Composizione del nucleo familiare del destinatario del servizio:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

☐ di essere invalido civile al 100%;

☐ di essere beneficiario di indennità di accompagnamento;

☐ di essere dichiarato persona con handicap di particolare gravità di cui all'art. 3 comma 3Legge 104/92;

☐ di essere persona con ridotta autonomia in condizione di disagio psichico, fisico o materiale con necessità di tutela sociale, privo di rete familiare;

☐ di essere anziano ultra sessantacinquenne parzialmente autosufficiente in condizione di disagio psichico, fisico o materiale, con necessità di tutela sociale, privo di rete familiare;

☐ di essere beneficiario di altri servizi di assistenza domiciliare

- Buoni Servizio Regione Puglia _____;
- HCP (Home Care Premium);
- Pro.VI;
- Assistenza Domiciliare comunale;
- ADI di Ambito;
- Altro (Patto di Cura, Sostegno Familiare etc.....) _____;

☐ il valore ISEE ordinario riferito al nucleo familiare, in corso di validità è pari a euro_____;

☐ di aver preso visione delle quote di compartecipazione, per fasce ISEE, specificate nella seguente tabella:

Valore ISEE ordinario del nucleo familiare	**Compartecipazione**
Da euro 0 a euro 2.000	Esente da compartecipazione
Da euro 2.001,00 a euro 5.000,00	5% della quota sociale della tariffa
Da euro 5.001,00 a euro 10.000,00	10% della quota sociale della tariffa
Da euro 10.001,00 a euro 15.000,00	15% della quota sociale della tariffa

Comune di Gagliano del Capo Prot. N.0001606 del 25-01-2024 partenza Cat7 Cl.15

Da euro 15.001,00 a euro 20.000,00	20% della quota sociale della tariffa
Da euro 20.001,00 a euro 25.000,00	25% della quota sociale della tariffa
Da euro 25.001,00 a euro 30.000,00	30% della quota sociale della tariffa
Da euro 30.001,00 a euro 35.000,00	35% della quota sociale della tariffa
Da euro 35.001,00 a euro 40.000,00	40% della quota sociale della tariffa

☐ di essere a conoscenza che con cadenza semestrale saranno aggiornate le Schede di Rilevazione del bisogno socio - assistenziale al fine di accertare l'effettiva necessità dell'intervento domiciliare;

☐ di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune di residenza e/o all'Ambito, per iscritto, ogni variazione delle notizie trasmesse con la presente istanza;

☐ di aver preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Reg. Europeo n° 679/2016) presente sul sito web istituzionale del Comune e allegata alla presente.

SI IMPEGNA

☐ alla compartecipazione al costo del servizio se dovuta ed alla consegna dell'attestazione dell'avvenuto pagamento alla cooperativa affidataria del servizio SAD entro il giorno 20 di ogni mese;

☐ al versamento dell'intero costo del servizio in caso di mancata presentazione dell'ISEE ovvero in caso di ISEE superiore a € 40.000,00

☐ a versare la quota di compartecipazione prevista, bimestralmente, a mezzo versamento mediante bonifico utilizzando il IBAN IT74O0103079410000003869773 ovvero mediante c/c postale n. 13088737, intestato a Comune di Gagliano del Capo – ATS di Gagliano del Capo, specificando nella causale: "SAD compartecipazione bimestre _____";

---- ALLEGA ----

❒ Documentazione attestante la temporanea o permanente perdita di autosufficienza;
❒ Copia del verbale della Commissione di Invalidità Civile ed eventuale indennità di accompagnamento;
❒ Copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
❒ Attestazione/autocertificazione ISEE ORDINARIO in corso di vigenza.

Luogo e data, _____

Firma

_____

Firma del/la richiedente (per esteso e leggibile)

Comune di Gagliano del Capo Prot. N.0001606 del 25-01-2024 partenza Cat7 Cl.15

Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.
Informativa sul trattamento dei dati

Gentilissimo, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 le forniamo alcune informazioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali, che è necessario portare alla sua conoscenza, per ottemperare agli obblighi di legge.

Chi siamo: il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è l'Ambito Sociale Territoriale Gagliano del Capo, Sede Piazzetta del Gesù Gagliano del Capo, Le 73034, IT - Contatti e recapiti: Telefono 0833798329 - *E-mail* *ufficiodipiano@comune.gagliano delcapo.le.it* - *P.E.C* *ambitosociale.gagliano delcapo@pec.rupar.puglia.it*.

Il Responsabile della Protezione dei Dati è il Dott. Gianfranco Riso con sede in Piazzetta del Gesù Gagliano del Capo, Le 73034, IT e contattabile allo 0833798329 e alla E-mail: *ufficiodipiano@comune.gagliano delcapo.le.it*

Dove trattiamo i dati: I suoi Dati sono trattati presso le sedi dell'Ambito Sociale Territoriale Gagliano del Capo, Piazzetta del Gesù - 73034 Gagliano del Capo (Le) e nei luoghi in cui il Titolare svolge le attività con proprio personale autorizzato o presso le sedi dei Responsabili del trattamento ex art 28 del GDPR 2016/679, o altro personale appositamente incaricato. Per ulteriori informazioni, contatti il Titolare.

Come Trattiamo i dati: Il trattamento dei suoi dati avviene con strumenti informatici e cartacei, con modalità organizzative dirette al raggiungimento delle finalità di seguito indicate. Sono adottate, inoltre, delle misure di sicurezza per impedire l'accesso, la divulgazione, la modifica o la distruzione dei Dati Personali. I dati sono archiviati presso la sede istituzionale o presso le sedi dei Responsabili del Trattamento.

Le Finalità del trattamento: i suoi dati personali sono trattati per le finalità relative al servizio SAD, Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale della Regione Puglia. Il trattamento prevede tutte le attività connesse, al servizio di assistenza tra cui la presentazione domanda, la gestione del servizio e, gli adempimenti amministrativi.

Le Basi Giuridiche: I dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità sopra indicati, nei compiti istituzionali e di interesse pubblico o per gli adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento, Reg. UE 2016/679 Art. 6 Par. 1 Lett.c), Reg. UE 2016/679; Art. 9 Par. 1 Esercizio obblighi in materia di protezione sociale

Categorie di destinatari: I suoi dati possono essere comunicati ai seguenti destinatari, Enti locali; Istituti di credito; Enti Assicurativi; Enti assistenziali; Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata che collaborano con la struttura; Gestori di Piattaforme informatiche; Cooperative sociali e ad altri enti che collaborano con la struttura.

Trasferimento dei dati all'estero: I Suoi Dati personali non vengono trasferiti presso Paesi Terzi, I suoi Dati Personali non vengono in alcuni modo diffusi.

Durata del Trattamento: I suoi dati saranno trattati per un arco temporale non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati sono raccolti e trattati, nel rispetto dei tempi obbligatori prescritti dalla legge. Tuttavia per alcune informazioni non è previsto alcun termine di cancellazione.

Revoca del Consenso: Se avete fornito il consenso al trattamento hai il diritto di revoca in qualsiasi momento senza che venga pregiudicata la liceità del trattamento posto in essere.

Diritto di Reclamo: È possibile esercitare ogni diritto descritto in questa sezione, ai sensi dell'art. 15 del Regolamento EU 679/2016, inviando una e-mail al Titolare scrivendo a: Ambito Sociale Territoriale Gagliano del Capo o inviando una mail a: *ambitosociale.gagliano delcapo@pec.rupar.puglia.it*.

Segnaliamo che il conferimento ed il trattamento dei Suoi dati sono necessari per l'erogazione dei servizi.

Gagliano del Capo, _____

Titolare del Trattamento
Ambito Sociale Territoriale Gagliano del Capo

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/la sottoscritto/a.....

nato a .....il .....Conferma di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento, che il trattamento dei propri dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile ai sensi dell'Art. 9 Par.1 Lett g) del Reg. UE 2016/679 in quanto il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico, per l'erogazione dei servizi su indicati.

Luogo e data.....

Firma

.....

Comune di Gagliano del Capo Prot. N.0001606 del 25-01-2024 partenza Cat7 Cl.15