

All'Ente Gestore
del Servizio Sociale dei Comuni
tramite il Presidio Territoriale
del Comune di _____

Spazio riservato prot. Comune	Spazio riservato prot. Ente Gestore A.S.P. "D.Moro"
-------------------------------	---

RICHIESTA AMMISSIONE AI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
(Richiedente)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____
(Comune italiano / Stato estero)

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ cellulare _____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

fax _____ e-mail _____

CHIEDE

per se stesso/a

in qualità di (grado di parentela) _____ di

(Se il destinatario del servizio è diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ *(Stato estero o Comune italiano)*

residente a _____ in via _____ civico n. _____

tel. _____ cellulare _____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

L'AMMISSIONE AL SEGUENTE SERVIZIO DOMICILIARE

Servizio di Assistenza Domiciliare

Servizio di Assistenza Domiciliare Dedicato

Servizio Pasti caldi a domicilio

Servizio di Lavanderia

DICHIARA che gli altri familiari conviventi, che richiedono di usufruire del servizio sono:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

DICHIARA

che tutte le comunicazioni relative al presente procedimento dovranno essere inviate, all'indirizzo di residenza:

del/la destinatario/a del servizio

del/la sottoscritto/a

altro: Comune _____ Via _____ n. _____

c/o _____

RICHIEDE che la fattura **sia intestata** al seguente nominativo *(compilare solo se diverso dal destinatario del servizio)*

Cognome _____ Nome _____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Comune _____ via _____ n. _____ c/o _____

Mediante: invio di bollettino di c/c postale *(prestampato, allegato alla fattura)*

invio fattura all'intestatario e in Fax *(previa autorizzazione del sottoscritto alla Banca)* alla seguente

Banca : _____ **FAX** _____

ALLEGA alla presente la seguente documentazione:

attestazione I.S.E.E.

eventuale certificato di invalidità / L.104/92

altro _____

Data ____/____/____

FIRMA _____

DICHIARA inoltre:

- di aver ricevuto copia del Regolamento di accesso ai servizi domiciliari;
- di sottoscrivere l'accettazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che verrà formulato dall'Assistente Sociale – art. 8 del Regolamento;
- di essere a conoscenza che verrà effettuata una valutazione dell'abitazione della/e persona/e per cui è stato chiesto il Servizio di Assistenza Domiciliare finalizzato alla verifica della sicurezza negli ambienti di lavoro delle assistenti domiciliari;
- di essere a conoscenza che qualora l'attestazione I.S.E.E. non venga ripresentata entro la scadenza, verrà applicata la tariffa massima fino alla presentazione del nuovo I.S.E.E.;
- di essere a conoscenza che qualora non provvederà al pagamento delle fatture per il servizio erogato, lo stesso potrà essere sospeso – art. 11 del Regolamento;
- di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite con riferimento sia alla situazione economica sia a quella familiare, controlli che potranno essere effettuati dall'Ente erogatore o attraverso i competenti uffici del Ministero delle Finanze.

Barrare con una crocetta, la voce interessata

- di presentare l'attestazione I.S.E.E.
- di non voler presentare l'attestazione I.S.E.E. e pertanto di essere a conoscenza che verrà applicata la tariffa massima – allegato A) del Regolamento "Definizione soglie".

Data _____

FIRMA _____

TUTELA DEI DATI PERSONALI – INFORMATIVA AI SENSI art. 13 D.Lgs 196/2003

Il trattamento dei dati personali acquisiti si svolgerà nel rispetto del D.Lgs 196/2003. A tal fine si informa che i dati personali acquisiti con la domanda:

- a) sono raccolti dall'Ente competente ed utilizzati anche con strumenti informatici;
- b) possono essere comunicati dall'Ente al Ministero delle Finanze, alla Guardia di finanza ed ad altri Enti pubblici per i controlli e gli accertamenti circa la veridicità dei dati dichiarati.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo ed in particolare il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Servizio Sociale del territorio.

Il/La sottoscritto/a per gli scopi e le finalità più sopra riportati **DICHIARA** di acconsentire al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, da parte dell'Ente Gestore dell'Ambito Distrettuale 4.4 Codroipo e degli Enti che forniscono servizi elaborativi o che svolgono attività funzionali.

Data _____

FIRMA _____