

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEI TITOLI SOCIALI
- VOUCHER SOCIALE E/O DIMISSIONI PROTETTE -**

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome)

Nato/a: Prov di Il

Residente in Via/Piazza n°.....

Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono (familiare, persona di riferimento):: Tel. / Tel. /

CHIEDE

- Di poter usufruire del Voucher Sociale
- Di poter usufruire del Voucher Sociale in vista delle Dimissioni Protette
- Di richiedere il Voucher Sociale a favore del/della sig./sig.ra (cognome).....
(nome).....

Nato/a: Prov di Il

Residente in Via/Piazza

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n° 445 e s.m.i. , per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

- di essere in possesso del verbale di invalidità con grado _____ (come da verbale numero in data rilasciato dalla commissione sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'A.T.S. di)
- Indennità di accompagnamento
 - SI
 - NO
- di avere presentato la domanda per il riconoscimento di invalidità civile e/o accompagnamento in data presso la A.T.S. di

- che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

cognome e nome	grado di parentela/altro	Data di nascita	Invaldit� civile/indennit� di accomp. (indicare in caso di avvenuto riconoscimento)

- che i parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.), non conviventi sono:

cognome e nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita	Residenza

- di usufruire dei seguenti servizi domiciliari o di averli richiesti (compilare solo in caso affermativo):

Tipologia servizio	Indicare da quando è in corso	Indicare da quanto tempo È stato richiesto
S.A.D. (Servizio di assistenza domiciliare) – Comunale		
VOUCHER socio – sanitario – A.T.S.		
RSA aperta		
Pasti al domicilio		
Altro		

- di essere in possesso di attestazione ISEE pari ad €
- che il proprio medico di medicina generale è il Dott./la Dott.ssa
- che il Voucher sociale verrà utilizzato per l'acquisto di:
 - Prestazioni di sostegno alla persona quali:
 - aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc.
 - aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali
 - disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi
 - preparazione pasti, lavanderia e stireria
 - Prestazioni di tipo complementare quali:
 - pulizia straordinaria dell'ambiente domestico da effettuarsi anche con l'uso di macchinari in caso di grave compromissione delle condizioni igieniche – sanitarie
 - servizio di trasporto presso strutture sanitarie e riabilitative per visite, esami e terapie, socio-educative, socio – assistenziali

Data

Firma

Si allega:

- DSU con attestazione ISEE
- copia verbale di invalidità
- in assenza di verbale attestante l'invalidità: copia della domanda di invalidità inoltrata integrata da idonea documentazione medica attestante la gravità del caso e l'urgenza;
- copia di un documento di identità

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 IN MERITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR) il Comune di Vigevano, in relazione ai dati personali di cui questo Ente entrerà nella disponibilità a seguito della presente procedura, al fine di dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali delle persone fisiche, con la presente informativa intende fornire le informazioni essenziali che permettono alle stesse l'esercizio dei diritti previsti dalla vigente normativa.

1. Titolare del trattamento e Responsabile della Protezione dei dati (DPO)

Titolare del trattamento è il Comune di Vigevano, con sede legale in Corso V. Emanuele II, 25 – Vigevano - protocollovigevano@pec.it

Responsabile del trattamento è il Settore Politiche Sociali - Culturali nella persona del Dirigente Incaricato pec: protocollovigevano@pec.it

Il Titolare del trattamento ha provveduto alla nomina del Responsabile della Protezione dei dati (DPO Data Protection Officer) cui ci si può rivolgere inviando comunicazione al seguente indirizzo mail: dpo@comune.vigevano.pv.it

2. Finalità del trattamento dei dati

I dati personali saranno trattati per ottemperare a tutti gli adempimenti connessi alla gestione della presente procedura per finalità:

- a) relative all'adempimento di un obbligo legale al quale il Titolare del trattamento è soggetto;
- b) necessarie ad accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitano le loro funzioni.

Il conferimento dei dati personali per la finalità sopra elencate è facoltativo, ma il loro eventuale mancato conferimento potrebbe rendere impossibile riscontrare la richiesta presentata o adempiere ad un obbligo legale a cui il Titolare del trattamento è soggetto.

3. Base giuridica del trattamento

La base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per le finalità suindicate è la necessità di disporre di dati personali per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento.

4. Modalità di trattamento dei dati personali

I dati personali potranno essere trattati a mezzo di archivi sia cartacei che informatici e con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate, nel rispetto dei principi dell'art. 5 del GDPR e dei diritti dell'interessato disciplinati dal Capo III dello stesso GDPR.

5. Destinatari, comunicazione e diffusione

I dati personali oggetto di trattamento potranno essere comunicati, in ottemperanza ai relativi obblighi di legge, di regolamento etc. agli altri soggetti terzi, pubblici e privati, coinvolti nella procedura per le parti di rispettiva competenza, quali, a titolo esemplificativo, Enti Previdenziali e Assistenziali, Soggetti erogatori, Regione Lombardia, Comuni, Forze dell'Ordine, etc. nonché agli ulteriori soggetti ai quali si renda strettamente necessario per il raggiungimento delle finalità amministrative di cui allo specifico procedimento. Nei limiti previsti dalle norme applicabili i dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che sono portatori di un interesse.

6. Tempo di conservazione dei dati

I dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati, per il tempo in cui l'Ente è soggetto a obblighi di conservazione previsti da norme di legge o regolamento.

7. Diritti dell'interessato

In qualità di interessato/a può esercitare i diritti previsti dal Capo III del GDPR e in particolare il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, accedere ai suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne la limitazione, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante www.garanteprivacy.it per la protezione dei dati personali.

E' inoltre possibile rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile della protezione dei dati (D.P.O.) inviando comunicazione agli indirizzi sopra riportati.



Città di Vigevano

Provincia di Pavia

Settore Politiche Sociali e Culturali

Servizio Programmazione e Piano Zona, Coordinamento e gestione alloggi Erp

AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA - Ufficio di Piano

VOUCHER COMPLEMENTARE

ANAGRAFICA	PROTOCOLLO _____	CODICE ASSISTITO _____
	COGNOME _____	NOME _____
	DATA DI NASCITA _____	SESSO: F M
	INDIRIZZO: _____	COMUNE RESIDENZA: _____ TEL. _____
RILASCIO VOUCHER SOCIALE E/O DIMISSIONI PROTETTE	ASSISTENTE SOCIALE:	
	<input type="checkbox"/> PRIMA ASSEGNAZIONE	DAL _____ AL _____
	<input type="checkbox"/> PROROGA	DAL _____ AL _____
	<input type="checkbox"/> CAMBIO ENTE ACCREDITATO	DAL _____ AL _____
<input type="checkbox"/> ATTIVAZIONE VOUCHER PER DIMISSIONI PROTETTE	DAL _____ AL _____	
PROFILO ASS. DOMICILIARE	<input type="checkbox"/> INTENSITA' _____	EURO _____ AL MESE
DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE	Il richiedente _____, dichiara di scegliere la _____ per le prestazioni di assistenza domiciliare secondo le modalità sopra riportate. Firma _____	
DICHIARAZIONE ENTE ACCREDITATO	L'Ente Accreditato _____ si impegna a fornire le prestazioni così come sopra riportate e a comunicare all'interessato e all'Ufficio di Piano ogni eventuale cambiamento. Firma _____	
	Data _____	AUTORIZZAZIONE dell'U.d.P. Firma e timbro _____