

- il servizio di **assistenza domiciliare (art. 18):**
 da **attivare**:
 da **rimodulare** in aumento + _____/in diminuzione - _____ (cancellare una possibilità):
dal _____ al _____ per complessive N. _____ h/sett,
il servizio sarà svolto da personale:
 assistenza domiciliare **compartecipazione** €/h _____ per n. ____ h/sett di cui n. ____ h/sett già autorizzate,
 collaborazione familiare **compartecipazione** €/h _____ per n. ____ h/sett di cui n. ____ h/sett già autorizzate;
- il servizio **pasti a domicilio (art.19)** dal _____ al _____ per complessivi n. _____
pasti al giorno, per n. _____ giorni/sett.li cerchiare i giorni richiesti dom. lun. mar. mer. gio. ven. sab. di cui n. ____
pasti /sett già autorizzati;
con **compartecipazione** al **50%** o al **100%** della spesa **oppure** i pasti sono **gratuiti**;
- l'ammissione al servizio di **trasporto sociale (art. 20)** per lavoro autonomia ambulatorio
per il periodo dal _____ al _____ secondo le modalità richieste;
- l'ammissione ai **servizio di accoglienza (art. 23)** del richiedente (eventualmente cancellare) e delle persone indicate
in prima pagina ai numeri seguenti: _____ presso **l'accoglienza** _____
_____ per il periodo dal _____ al _____,
con una **compartecipazione** di € _____ mensili o giornalieri (cancellarne una);
- l'ammissione alla **mensa cittadina (art. 24)** del richiedente per il periodo dal _____ al _____
per n. ____ pasti al giorno, per n. ____ giorni/sett. (lun. mar. mer. gio. ven. sab. dom.) _____
_____ con una **compartecipazione** di € _____ mensili o giornalieri (cancellarne una);
- la **disattivazione** del servizio _____ dal _____
per la seguente motivazione _____;
- di **non accogliere** la richiesta per le motivazioni indicate nella relazione.

L'Assistente Sociale

Data _____

La P.O. referente (nome) _____ (cognome) _____

- approva la proposta;
- approva la proposta con la seguente modifica: _____

- non approva la proposta per le seguenti motivazioni: _____

Data _____ La P.O. Referente _____

Il Direttore del Settore Servizi Sociali

- approva la proposta;
- approva la proposta con la seguente modifica: _____

- non approva la proposta per le seguenti motivazioni: _____

Il Direttore dei Servizi Sociali
Micaela Castagnaro

Data _____



COMUNE DI VICENZA

Servizi Sociali

Rev 9

UNITÀ OPERATIVA _____
C.S.S.T. _____

P.G.N. _____

Vicenza, li _____

AI SERVIZI SOCIALI

IL SOTTOSCRITTO

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ a _____ (Prov.____) Codice Fiscale _____

residente a Vicenza (o altro) _____ in Via _____ n.____

tel. o cell. _____ e-mail o PEC _____

eventuale indirizzo dove inviare le comunicazioni relative alla presente domanda, **se diverso dalla residenza**,

Via _____ n. ____ città _____

tel. _____ e-mail _____

(indicare se necessario) in qualità di _____

CHIEDE

ai sensi del "Regolamento delle Prestazioni e dei Servizi Sociali" (approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n.16 del 3/04/2018),

per sé (eventualmente cancellare) e per le persone indicate di seguito:

N.	Cognome nome	Parentela	Data di nascita	Luogo di nascita
1				
2				
3				
4				

residente a Vicenza (o altro) _____ in Via _____ n.____

tel. o cell. _____ e-mail o PEC _____

il servizio indicato di seguito:

- art. 18 servizio assistenza domiciliare:** attivazione rimodulazione cessazione
 art. 19 servizio pasti a domicilio: attivazione rimodulazione cessazione
 art. 20 trasporto sociale

punto 2.a per consentire: l'accesso al lavoro o per agevolare l'autonomia personale (per accedere al servizio è necessario allegare il **certificato d'invalidità L. 104/1992 con gravità**)

punto 2.b per raggiungere le strutture ambulatoriali
presso la seguente destinazione (indicare: o la ditta, o le attività sociali – culturali – sportive – altro, o l'ambulatorio) _____
_____ via _____ n. ____ città _____

nei giorni e con gli orari indicati di seguito:

Data e/o giorno della settimana (lun, mart, merc, gio, ven, sab, dom)	Ora partenza	Ora rientro	Ora partenza	Ora rientro

- art. 23 servizi di accoglienza** per persone o famiglie prive di dimora presso:
 "Albergo Cittadino", "Bedin", "Mille", "Setteca", "Alberto Mario",
 "Cappuccine", **co-housing convenzionato** (indicare): _____

- art. 24 mensa cittadina** .

A tal fine, consapevole delle **responsabilità penali** previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della **decadenza dai benefici** conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- **di impegnarsi a pagare** l'eventuale compartecipazione stabilita dall'Amministrazione Comunale sulla base del regolamento vigente;
- **di impegnarsi a comunicare** tempestivamente al competente servizio sociale ogni variazione relativa alla situazione familiare ed economica, che dovesse verificarsi dalla data odierna sino al termine della prestazione richiesta;
- **di essere informato** che il procedimento si concluderà entro i termini indicati nel "Regolamento comunale per il procedimento amministrativo", approvato con deliberazione del consiglio Comunale n. 23/83386 del 21/06/2017;
- **di essere informato** che il responsabile del procedimento è l'**assistente sociale** _____;
- **di essere informato** che in caso di inerzia degli uffici o di rigetto della domanda, potrà fare ricorso presso il competente Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni e ricorso al Capo dello Stato entro 120 giorni;
- **di essere informato** che il costo del servizio (se a pagamento) potrà essere variato a seguito di adeguamento dei prezzi;

(per tutti i servizi ad esclusione del trasporto lavoro e autonomia [art. 20, punto 2.a])

- **che il proprio ISEE** (D.P.C.M.159/2013) è attualmente pari a € _____,
[con prot. DSU (anno) _____ (num.) _____ data _____; valida fino al _____];

(solo per servizio pasti a domicilio [art. 19])

- **di essere in condizione di bisogno per i seguenti motivi** _____
- **di aver percepito** nell'ultimo anno le seguenti entrate non comprese nell'ISEE € _____ per _____ (es. indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità, indennità di frequenza, impegnativa di cura domiciliare)

(solo per accoglienza e mensa [artt. 23 e 24])

- **che le entrate economiche mensili** dei richiedenti ammontano ad € _____.

(solo per trasporto lavoro, autonomia e ambulatoriale [art. 20])

- **di avere difficoltà** motorie/deambulatorie o comportamentali (solo art. 20 punto 2.b) tali da non consentire l'utilizzo in maniera autonoma dei mezzi pubblici e privati, comprovate dalla certificazione medica allegata;
 - **di usare la carrozzina** SI NO ;
 - **di avere la necessità di un accompagnatore** SI NO ;
 - **di avere la necessità di seggiolino per un bambino di peso kg _____ e di altezza mt _____;**

Informativa resa ai sensi del D.Lgs. n. 2003/196 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)

Il Comune di Vicenza (in seguito "Comune"), nella persona del titolare (in seguito, "Titolare"), informa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 (in seguito, "Codice Privacy") e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") che:

1. Titolarità del trattamento – Responsabile della Protezione dei dati - Delegato al trattamento

Il Titolare del Trattamento è il Sindaco *pro tempore* del Comune di Vicenza con sede in Corso Palladio 98, 36100 Vicenza – tel. 0444/221111 - pec: vicenza@cert.comune.vicenza.it. Il Responsabile della Protezione dei Dati è IPSLab soc. unipersonale di Vicenza, Contrà Porti 16 Telefono: 3338008008 - E-mail : info@ipslab.it - PEC : pec@pec.ipslab.it. Il delegato al trattamento è Sara Bertoldo, Dirigente settore Servizi Sociali, Contrà Busato 19 Vicenza - tel 0444/222520 – email: servsociali@comune.vicenza.it.

2. Finalità del trattamento e durata del trattamento

I dati personali sono utilizzati dal Comune nell'ambito del procedimento di cui trattasi e saranno conservati sino al termine del procedimento cui gli stessi afferiscono. Il procedimento può essere gestito solo se "l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità" ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera a) GDPR.

3. Modalità del trattamento

I dati saranno trattati con strumenti cartacei e/o informatici, nel rispetto dei principi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e con l'adozione di misure di sicurezza idonee a ridurre al minimo i rischi di distruzione, perdita, accesso non autorizzato o trattamento non consentito o non conforme alle finalità del trattamento stesso in server ubicati all'interno dell'Unione Europea del Titolare e/o di società terze incaricate e debitamente nominate quali Responsabili del trattamento. I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

4. Ambito di comunicazione

I dati potranno essere comunicati a Organismi di vigilanza, Autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità inerenti e conseguenti al procedimento al quale si riferiscono. I dati non saranno diffusi.

5. Modalità di esercizio dei diritti dell'interessato

L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento. L'interessato può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio n. 121 00186 Roma – tel. 06696771 – email: garante@gpdp.it – pec: protocollo@pec.gpdp.it.

6. Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati

IPSLAB SRL SOCIETÀ UNIPERSONALE nella persona del legale rappresentante Paolo Rossi Telefono: 3338008008 - E-mail : info@ipslab.it - PEC : pec@pec.ipslab.it.

DICHIARA infine di aver letto l'informativa sulla privacy sopra riportata.

- ALLEGA:** Fotocopia della carta di identità del richiedente; Fotocopia del permesso di soggiorno; certificato medico per difficoltà motorie o comportamentali; Certificato d'invalidità L. 104/1992, con gravità, per difficoltà motorie; Decreto nomina tutore, curatore, Amministratore di sostegno; **Altro (specificare):** _____

Vicenza, (data) _____ FIRMA _____

Spazio riservato al dipendente addetto alla raccolta della domanda

- attesto che la firma non è stata apposta in mia presenza e che la dichiarazione è stata raccolta unitamente alla fotocopia, qui allegata, di un documento di identità del dichiarante;
- attesto che la firma è stata apposta in mia presenza e che il dichiarante è stato identificato mediante l'esibizione del documento di identità: _____ n. _____;
- attesto che la dichiarazione è stata resa da persona che non sa firmare ovvero che, al momento, è impedita alla firma. Il dichiarante è stato precedentemente identificato mediante l'esibizione del documento di identità: _____ n. _____;
- attesto che la dichiarazione è stata resa da persona diversa dall'interessato. Tale persona ha dichiarato di essere _____ (coniuge o, in sua assenza, figlio/a o, in ultima istanza, parente entro il 3° grado) dell'interessato e che questi si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni legate al suo stato di salute. Il dichiarante è: (cognome) _____ (nome) _____ nato a _____ (Prov. _____) il _____, residente in Via _____ n. _____ Comune di _____ cap _____; Il dichiarante è stato precedentemente identificato mediante l'esibizione del documento di identità: _____ n. _____.
- attesto che la dichiarazione è stata resa e sottoscritta dal tutore dell'interessato (vedasi copia allegata del decreto di nomina del tutore);
- attesto che la dichiarazione è stata resa dall'interessato con l'assistenza del curatore, che ha aggiunto la propria firma a quella dell'interessato (vedasi copia allegata del decreto di nomina del curatore);
- attesto che la dichiarazione è stata resa e sottoscritta dall'amministratore di sostegno dell'interessato ovvero è stata resa dall'interessato con l'assistenza dell'amministratore di sostegno, che ha aggiunto la propria firma a quella dell'interessato (secondo quanto previsto dal decreto di nomina dell'amministratore di sostegno, qui allegato in copia).
Firma del dipendente _____

N.B. nel caso la dichiarazione sia sottoscritta da persona diversa dall'interessato, la quale chieda di percepire i benefici economici a questi spettanti, è necessaria l'autenticazione della sottoscrizione da parte di un funzionario incaricato dal Sindaco.

L'assistente sociale (nome) _____ (cognome) _____

- verificato:

- che il servizio art. _____ è attivato per la 1ª volta è già attivo da (mese) _____ (anno) _____,
- che il servizio art. _____ è attivato per la 1ª volta è già attivo da (mese) _____ (anno) _____,
- che il servizio art. _____ è attivato per la 1ª volta è già attivo da (mese) _____ (anno) _____,

- **propone**, sulla base della propria relazione allegata e ai sensi del regolamento vigente **oppure**

in deroga motivata nella relazione: