



Al Responsabile del  
Servizio Politiche Sociali  
Comune di Preganziol

## DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME COFICE FISCALE

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA

in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio in \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)*

## CHIEDE

**PER SE'**

**Per il/la sig./ra** \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME COFICE FISCALE

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Preganziol  
COMUNE O STATO ESTERO GG / MM / AAAA

in via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio in \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*(se cittadino non italiano o non comunitario allegare regolare documentazione per il soggiorno)*

in qualità di  **Dichiarante** per il soggetto sottoindicato temporaneamente impedito (art. 4 comma 2 D.P.R. 445/2000)

specificare motivo del temporaneo impedimento \_\_\_\_\_

**Dichiarante – Rappresentante legale** per il soggetto sottoindicato (art. 5 D.P.R. 445/2000)

specificare se patria potestà, tutela, curatela \_\_\_\_\_

**Altro** specificare \_\_\_\_\_

## l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare per

- Minori Disabili (0-18 anni)
- Adulti Disabili (19-64 anni)
- Anziani (dal compimento del 65°anno di età)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000

## DICHIARA

*☞ barrare ove ricorre*

- che il destinatario dell'intervento è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92
- che il destinatario dell'intervento, non è portatore di handicap permanente grave, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge 104/92, ma è ultrasessantacinquenne non autosufficiente riconosciuto invalido civile dalla competente Commissione Medica
- che il destinatario dell'intervento percepisce indennità di accompagnamento
- che il valore dell'indicatore ISEE in corso di validità è il seguente € \_\_\_\_\_
- di essere informato sulla condizione che stabilisce, in caso di mancata presentazione della certificazione ISEE, l'applicazione della quota massima, pari al 100% della compartecipazione prevista, a carico del beneficiario dell'intervento

## INFORMA

*☞ barrare ove ricorre*

- a. che il destinatario dell'intervento usufruisce di altre forme di assistenza quali:
- assistenza domiciliare integrata da parte della ULSS per:
- assistenza infermieristica
  - visite programmate del Medico di Medicina Generale
  - riabilitazione a domicilio
- altro (indicare ente/servizio di riferimento) \_\_\_\_\_
- b. che il destinatario dell'intervento ha sostenuto nel corso dell'anno precedente la data della presente domanda
- spese assistenziali
  - spese riabilitative
  - frequenza di un centro diurno
- pari ad € \_\_\_\_\_ di cui si allega documentazione
- c. che il destinatario dell'intervento si trova in una delle seguenti condizioni:
- vive solo e non ha nessuno che si può occupare della sua assistenza
  - vive con familiari che non possono assisterlo
- d. che la persona da contattare per tutte le comunicazioni inerenti il servizio e che si occuperà del controllo dei fogli presenza mensili e del pagamento bimestrale del servizio (foglio condizioni di seguito citato) è:
- il beneficiario stesso
- la persona di riferimento \_\_\_\_\_
- COGNOME NOME
- indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- e. che i familiari da contattare in caso di necessità sono i seguenti:

1. \_\_\_\_\_

RAPPORTO

COGNOME

NOME

INDIRIZZO

TELEFONO

2.				
RAPPORTO	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	TELEFONO
3.				
RAPPORTO	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	TELEFONO
4.				
RAPPORTO	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	TELEFONO
5.				
RAPPORTO	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	TELEFONO

f. che i dati relativi al Medico di Base del destinatario dell'intervento sono i seguenti:

NOMINATIVO	INDIRIZZO AMBULATORIO	TELEFONO

## DICHIARA

Di aver preso visione degli artt. 24,25,26,27,28,29 e 30 del *Regolamento per l'erogazione di servizi ed interventi sociali, assistenziali ed economici*, approvato con Deliberazione di C.C. n. 46 del 14.10.2015, e del foglio condizioni e **di accettare le condizioni in essi contenute**


## DICHIARA INFINE

di aver letto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del del Regolamento UE 2016/679 , in calce alla presente, di essere informato/a dei propri diritti in materia di trattamento dei dati personali, e di fornire il proprio consenso al trattamento da parte dei soggetti, e con le modalità, indicati nell'informativa stessa.

SPAZIODISPONIBILE PER EVENTUALI NOTE

### Allega alla presente richiesta:

- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- documentazione per il soggiorno (solo per cittadino non italiano o non comunitario)
- documentazione comprovante spese assistenziali, riabilitative e/o relative alla frequenza di un centro diurno sostenute l'anno precedente la data della presente domanda;
- copia documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità
- copia documento di riconoscimento del beneficiario in corso di validità
- altro

 specificare

Preganziol, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 **Firma del dichiarante**

### Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR (Regolamento generale sulla protezione dei dati).

Si informa l'interessato/a che il trattamento dei dati personali forniti dal/la medesimo/a con la presente dichiarazione è finalizzato unicamente allo svolgimento di compiti istituzionali, nel rispetto dei principi di necessità e pertinenza ed avverrà presso il Comune di Preganziol - Piazza Gabbin 1, 31022 Preganziol TV - con l'utilizzo di procedure informatiche, nei modi e nei limiti necessari per proseguire le predette finalità.

Il conferimento di tali dati è necessario per concludere le attività ed i procedimenti amministrativi e la loro mancata indicazione comporterà l'impossibilità di emettere il provvedimento finale. All'interessato/a sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 15 del Regolamento UE 2016/679 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di poterne chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché opporsi al trattamento per motivi legittimi.

Titolare del trattamento dei predetti dati è il Comune di Preganziol.

Ulteriori informazioni nel sito comunale [www.comune.preganziol.tv.it](http://www.comune.preganziol.tv.it) **Informativa sul trattamento dei dati Servizi Sociali**