

AMBITO TERRITORIALE N. 7



All'AMBITO TERRITORIALE 7 - Ufficio di Piano
Via Pacelli n.3
74024 Manduria (TA)

Per il tramite del
Servizio Sociale del Comune di _____

OGGETTO: **Domanda unica di accesso ai Servizi Socio-Assistenziali e Socio-Sanitari Integrati.**

Il/la sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato/a a		Prov.	il
Residente a		Prov.	
Indirizzo		CAP	
C.F./			
☐ per se; ☐ per il tramite del familiare/tutore/MMG/PLS/Ass.Soc./Medico U.O.			
Cognome		Nome	
Nato/a a		Prov.	il
Residente a		Prov.	
Indirizzo		CAP	
Tel.		e-mail	
C.F.			

Affetto da _____

CHIEDE

di poter accedere ad una delle prestazioni di Servizi Socio-Assistenziali e Socio-Sanitari Integrati di seguito indicati:

Domiciliare

- ☐ Assistenza Domiciliare Integrata (art. 88 r.r. 4/2007)
- ☐ Servizio Assistenza Domiciliare (art. 87 r.r. 4/2007)

Residenziale

- ☐ Residenza Sociosanitaria assistenziale (RSSA) (art. 66 r.r. 4/2007)
- ☐ Residenza Sociale Assistenziale per Anziani (RSA) (art. 67 r.r. 4/2007)
- ☐ Casa per la vita (art. 70 r.r. 4/2007)

Semiresidenziale

- ☐ Centro Diurno Socio-Educativo e Riabilitativo (art. 60 r.r. 4/2007)
- ☐ Centro Sociale polivalente per diversamente abili (art. 105 r.r. 4/2007)
- ☐ Centro Socio-Educativo Diurno (art. 52 r.r. 4/2007)

Specificare la struttura _____

A tal fine, dichiara che la persona beneficiaria del servizio risulta essere:

- ☐ invalida civile al _____ %;
- ☐ titolare di **pensione sociale**;
- ☐ privo di alcun reddito personale;
- ☐ altro(*specificare*) _____
- ☐ in grado di fare fronte al pagamento della quota fissata pari al _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti;
- ☐ non in grado di fare fronte al pagamento della quota fissata pari al _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti;

Allega la seguente documentazione

- ☐ Eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto;
- ☐ Copia di verbale riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92 ;
- ☐ Copia istanza di riconoscimento disabilità ai sensi della L.104/92 ;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Valutazione sociale effettuata dal Servizio Sociale del Comune di residenza;
- ☐ Valutazione sanitaria effettuata dal MMG o PLS;
- ☐ Copia documento di identità del beneficiario del servizio e/o del dichiarante.

Luogo e data _____

Firma

INFORMATIVA

(Informativa a norma dell'art.13 del D.L.vo n. 196/2003 per la protezione dei dati personali)

Si informa che, il trattamento, la raccolta ed il trattamento dei dati personali è finalizzata unicamente alla eventuale concessione di detto contributo. Pertanto, il conferimento dei dati è assolutamente necessario per l'erogazione del contributo di che trattasi e la loro mancata indicazione determinerebbe l'impossibilità a proseguire la procedura e l'inevitabile archiviazione dell'istanza.

Il trattamento dei dati personali avverrà presso l'Ufficio di Piano dell' Ambito Territoriale 7, titolare del trattamento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per proseguire le predette finalità. I dati potranno essere comunicati al responsabile del procedimento. Detti dati dovranno essere comunicati alla Regione Puglia e potranno essere conosciuti dai responsabili incaricati dell'Ente e da quanti coinvolti nel procedimento in argomento.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.L.vo n. 196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai proprio dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione, se incompleti, errati o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richiesta all' AMBITO TERRITORIALE 7 Ufficio di Piano, Via Pacelli n.3 – 74024 Manduria (TA).

Luogo e data_____

Firma
