



mobilitazione, cura ambienti (erogata obbligatoriamente con altre prestazioni), accompagnamento per commissioni visite e socializzazione, piccoli acquisti, controllo (corretta assunzione farmaci, corretta alimentazione, frigorifero, condizioni di salute, alimentari e abitative), compagnia e sostegno

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

### DICHIARA

di accettare la procedura e il sistema tariffario per l'erogazione del Voucher Sociale relativo al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.), che verrà venga utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di natura socio-assistenziale dai soggetti erogatori accreditati, erogate mediante un intervento domiciliare di personale ausiliario in base al Progetto Individualizzato concordato con il Servizio Sociale;

di impegnarsi a facilitare gli operatori domiciliari nello svolgimento della loro attività, adeguando l'ambiente con particolare attenzione al rispetto delle norme di sicurezza, pena la sospensione del servizio;

di impegnarsi a corrispondere al proprio Comune di residenza la quota relativa all'eventuale compartecipazione economica a carico del richiedente in base all' I.S.E.E., calcolato come previsto alla normativa vigente;

di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 445/2000, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

### Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR)

Ai sensi del GDPR, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- i suoi dati personali sono raccolti e trattati esclusivamente per l'erogazione del servizio richiesto;
- titolare del trattamento dei dati è l'ASC Solidalia Il trattamento è effettuato da Solidalia e dai Comuni mediante propri soggetti interni autorizzati o responsabili esterni del trattamento appositamente nominati;
- il trattamento dei dati personali forniti è obbligatorio ai fini dell'erogazione del servizio. Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedere al servizio;
- il trattamento dei dati è effettuato con mezzi cartacei e informatici. Sono adottate misure tecniche ed organizzative, ai sensi dell'art. 32 del GDPR, adeguate a garantire la protezione, la sicurezza e l'integrità dei propri dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in Paesi terzi extra UE. Non si ricorre a profilazione o ad altre forme di trattamento interamente automatizzato dei dati;
- l'interessato può richiedere l'accesso ai propri dati personali ed esercitare gli altri diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR. L'interessato può ottenere l'informativa completa sul trattamento dei dati personali accedendo al sito [www.aziendasolidalia.it](http://www.aziendasolidalia.it) oppure facendone richiesta gli uffici dell'Azienda.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, e che il trattamento dei dati è obbligatorio per conseguire gli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l'erogazione del Buono Sociale.

•  La presente dichiarazione è resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio, o in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare se ricorre questo caso)

•  La presente dichiarazione è resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare se ricorre questo caso)

Luogo e data  Il Dichiarante .....

**Allega:** Attestazione I.S.E.E. in corso di validità

## VOUCHER SOCIALE SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)

**DATI BENEFICIARIO**

Cognome  Nome

Luogo di nascita  Data di nascita  /  /  età

Residente a  Via  n.

Recapito telefonico  Medico Curante

Codice fiscale

**PERSONE DI RIFERIMENTO (CARE GIVER FAMILIARI)**

Nominativo	Parentela	Residenza	Recapito Telefonico Email

**CONDIZIONI PENSIONISTICHE**

Tipo di pensione/i:  Tipo di invalidità:

% di invalidità civile:  Indennità di accompagnamento: Sì  No

Pratica in corso

**SERVIZI/MISURE ATTIVE (RETE FORMALE)**

<input type="checkbox"/> ADI (ASST) <input type="checkbox"/> RSA APERTA <input type="checkbox"/> CDI (Centro Diurno Integrato) <input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO <input type="checkbox"/> SERVIZI DI TRASPORTO	<input type="checkbox"/> BUONO SOCIALE CARE GIVER <input type="checkbox"/> BUONO SOCIALE ASSISTENTI FAMILIARI <input type="checkbox"/> SERVIZI DI SOLLIEVO <input type="checkbox"/> ASSISTENZA ECONOMICA <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
---	--

Eventuali note aggiuntive (es: servizi informali attivi: es Assistente Familiare, .....)

**SINTESI BISOGNI RILEVATI (a cura dell'assistente sociale)**

**SINTESI PROGETTO INDIVIDUALIZZATO (Obiettivi - attività - risultati attesi - verifiche) (a cura dell'assistente sociale)**

--

**PROGRAMMA SETTIMANALE DI INTERVENTO (a cura dell'assistente sociale)**

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Mattino							
Pomeriggio							
Sera							

Monte ore complessivo settimanale n°

**PARTECIPAZIONE ECONOMICA**

Partecipazione economica del beneficiario per ogni ora erogata €

Data  /  /  **L'Assistente Sociale del Comune**  
\_\_\_\_\_

Si **autorizza** l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare come previsto dal Progetto Individualizzato

Data  /  /  **Il Responsabile dei Servizi alla Persona**  
\_\_\_\_\_

Il richiedente **accetta** il Profilo di Voucher Sociale assegnato, il Progetto Individualizzato concordato e l'eventuale quota di partecipazione economica

Data  /  /  **Il Richiedente**  
\_\_\_\_\_

Il soggetto erogatore accreditato  scelto dal beneficiario/familiare **si impegna** ad erogare al domicilio le prestazioni socio-assistenziali previste nel Progetto Individualizzato e a comunicare al Comune di residenza ogni eventuale variazione

Data  /  /  **Il Coordinatore Soggetto Accreditato**  
\_\_\_\_\_

