

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N.33

COMUNE CAPOFILA CEFALU'

AVVISO

"SERVIZI ASSISTENZIALI ED ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE A FAVORE DEGLI ANZIANI ULTRA Sessantacinquenni" – PIANO DI ZONA 2010/2012

Nell'ambito dei servizi previsti dal Piano di Zona n.33 è stato programmato nelle aree di intervento Anziani, il servizio di assistenza ed attività di socializzazione, destinato a persone anziane residenti nei comuni afferenti al Distretto Socio Sanitario n.33 che di seguito si elencano: Cefalù, Lascari, Campofelice, Gratteri, Collesano, Isnello, Castelbuono, Pollina e San Mauro Castelverde.

DESTINATARI

Il servizio si rivolge agli anziani che abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che si trovino in condizioni di parziale o totale non autosufficienza.

REQUISITI PER AMMISSIONE AL SERVIZIO

I cittadini anziani, interessati al progetto, devono possedere i seguenti requisiti:

- Residenza nei Comuni del Distretto;
- Età superiore ai 65 anni;
- Stato di ridotta o totale non autosufficienza permanente o temporanea.

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

- aiuto alla persona nel disbrigo delle faccende domestiche, igiene e cura;
- assistenza infermieristica;
- servizio di parrucchiere/ barbiere;
- attività di socializzazione e di convivialità;
- attività di sostegno psicologico/ sportello di ascolto

MODALITA' DI ACCESSO

Gli anziani e/o i loro familiari potranno presentare istanza, su apposito modello, presso gli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni di residenza dell'interessato. Nel caso in cui le richieste siano superiori alle effettive disponibilità finanziaria prevista al Distretto Socio- Sanitario 33, verrà predisposta una graduatoria.

I moduli di domanda potranno essere richiesti presso gli Uffici di Servizio Sociale o scaricati dai siti internet istituzionali dei Comuni del Distretto Socio- Sanitario 33.

L'istanza dovrà pervenire all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza dell'anziano/a

entro il _____.

A tal fine, la documentazione da allegare all'istanza è la seguente:

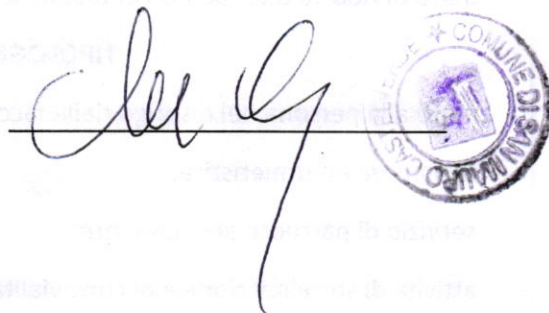
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE in corso di validità;
- Documento di riconoscimento valido;
- Copia della Tessera Sanitaria;
 - o Certificazione sanitaria comprovante lo stato di bisogno, ovvero, se si è in possesso di:
 - o riconoscimento dell'invalidità civile ed eventuale indennità di accompagnamento
 - o riconoscimento handicap L.104/92
 - o attestazione del MMG relativa al bisogno di assistenza;
 - o Ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile alla valutazione dello stato di parziale o totale non autosufficienza.

** In caso di un numero di istanze superiori al numero dei posti disponibili, la predetta documentazione unitamente alla valutazione dell'Assistente Sociale potrà essere utilizzata al fine di individuare delle priorità.*

Le prestazioni domiciliari socio-assistenziali saranno erogate gratuitamente ai soggetti il cui reddito non superi la soglia prevista dalla normativa vigente per l'accesso gratuito ai servizi socio-assistenziali. Per le condizioni economiche superiori ai limiti di cui sopra, i richiedenti potranno essere ammessi al servizio previa compartecipazione, ai sensi del D.A. n. 867/S7 del 15.04.2003 (Assessorato Regionale alla Famiglia, politiche Sociali e AA.LL. – accesso agevolato ai Servizi Sociali. Criteri unificati di valutazione economica-ISEE).

I dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità di gestione del beneficio in oggetto e di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e ss.mm.e ii.

Sede comunale 12/10/2020



The block contains a handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Claudio', written over a horizontal line. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp features a central emblem and the text 'COMUNE DI SAN MARINO' around the perimeter.

Al Comune di _____

Settore Politiche Sociali

“Istanza di ammissione all’azione n.2 “Servizi Assistenziali ed Attività di Socializzazione a favore degli anziani ultrasessantacinquenni” - Piano di zona 2010/2012.

Il/la sottoscritta _____

Nato/a a _____ () il ____/____/____ residente a _____

In Via _____ n. _____ CF: _____

telefono _____

CHIEDE

- ☐ Per se stesso/a
 - ☐ in qualità di _____ (inserire grado di parentela) per il/la sig.ra _____ nato/a a _____ il ____/____/____, residente a _____, in Via _____, n. _____
- Recapito telefonico _____.

L' attivazione dei seguenti servizi:

- ☐ aiuto alla persona nel disbrigo delle faccende domestiche,
- ☐ igiene e cura;
- ☐ disbrigo pratiche.

IN QUANTO NELLE CONDIZIONI PREVISTE DAL BANDO:

- ☐ Residenza nei Comuni del Distretto;
- ☐ Età superiore ai 65 anni;
- ☐ Stato di ridotta o totale non autosufficienza permanente o temporanea

AI FINI DELL'AMMISSIONE AL SERVIZIO, ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- ☐ Dichiarazione sostitutiva unica completa di attestazione ISEE del nucleo familiare relativa ai redditi in corso di validità;
- ☐ Documento di riconoscimento valido;
- ☐ Copia della Tessera Sanitaria;
- ☐ Certificazione comprovante il riconoscimento dell'invalidità civile e/o certificazione medica attestante lo stato di bisogno;

- Ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile alla valutazione dello stato di parziale o totale non autosufficienza.

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art.76) che il nucleo familiare dell'anziano è così composto (compreso l'anziano).

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

Luogo e data

Il Dichiarante

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 T.U. sulla privacy.

Gentile Utente

La informiamo che il D. Lgs. 196 del 30 Giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa è nostro intendimento seguire una politica basata sui giusti criteri di trasparenza e correttezza. Pertanto, in relazione ai dati personali in possesso di questo Ente, a seguito della domanda presentata dalla S.V. per la partecipazione all'avviso pubblico indetto dal Distretto Socio Sanitario n. 33 (L. 328\2000) per il progetto "Servizi Assistenziali ed Attività di Socializzazione a favore degli anziani ultrasessantacinquenni", la informiamo di quanto segue:

1) Finalità del trattamento dei dati:

il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa formazione della graduatoria e alle dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge e di regolamento in materia.

2) Modalità del trattamento dei dati:

il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art. 4 lett. a) T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

3) Conferimento dei dati:

il conferimento di dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto di conferire dati comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.

4) Comunicazione dei dati:

i dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati ad Uffici ed Enti pubblici per attività connesse con il corretto adempimento di quanto indicato al punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte de forze

dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello stato Italiano sia dello stato di provenienza dell'interessato. Altresì si autorizza al trattamento dei dati medesimi anche al soggetto gestore del progetto "Servizi Assistenziali ed Attività di Socializzazione a favore degli anziani ultrasessantacinquenni"

5) Diffusione dei dati:

i dati potranno essere diffusi solo mediante le prescritte pubblicazioni nell'albo pretorio comunale.

6) Diritti dell'interessato:

l'art. 7 del T.U. sulla privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;

l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati;

l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

7) Titolare e responsabile del trattamento:

Titolare e responsabile del trattamento dati è il comune di _____, nella persona del Responsabile del Settore _____.

Incaricati del trattamento sono il personale addetto all'istruttoria nonché il presidente, i componenti e il segretario della Commissione nominata ai fini della formazione della graduatoria.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

☐ Acconsento

☐ Non acconsento

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa e autorizza il personale di cui al punto 7) ad acquisire d'ufficio le informazioni nonché i documenti in possesso anche di altre pubbliche amministrazioni atte ad accertare quanto dichiarato dal sottoscritto nella DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO NOTORIO.

FIRMA _____

_____ li _____