

# DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI VOUCHER SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE ASSISTITE AL DOMICILIO

- ANNO 2014 -  
Intervento in attuazione della DGR 740/2013 - Fondo Non Autosufficienze - 2013  
Ambito territoriale distrettuale n° 11 del Garda

AI COMUNE di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali

e, p.c. Alla Fondazione Servizi Integrati Gardesani

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (allegare copia Carta di Identità) codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via /Piazza \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ relazione di parentela con l'assistita/o \_\_\_\_\_

## FA ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI TITOLI SOCIALI PER PRESTAZIONI RIVOLTE A SOGGETTI DISABILI GRAVI

### VOUCHER EDUCATIVO

- INDIVIDUALE**  
 **DI GRUPPO**

### VOUCHER ASSISTENZIALE

- INDIVIDUALE**

a favore di \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (allegare copia Carta di Identità) codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via /piazza \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

## A TAL FINE DICHIARO IL POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI PER L'ACCESSO PREVISTI DAL BANDO

- che il nucleo familiare è così composto (indicare i componenti **ad esclusione dell'eventuale beneficiario di VOUCHER SOCIALE**):

RELAZIONE DI PARENTELA	COGNOME E NOME	ETA'	ATTIVITA'

Il/la richiedente a tal fine dichiara di:

- possedere una certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 Legge 104/92;
- avere un'età compresa tra:
  - o 0 - 45 anni (per voucher educativo);
  - o 46 – 64 anno (per voucher assistenziale);
- appartenere ad un nucleo familiare con un reddito ISEE pari o inferiore ad euro 10.800,00;
- NON frequentare servizi diurni (non assimilabili ai servizi scolastici);
- NON essere inserita/o in strutture residenziali;
- NON avere altri interventi di tipo sociale o socio-assistenziale attivi.

Si precisa che per quantificare il livello di reddito familiare ISEE si applica la disciplina del D. Lgs. n.109/1998 e D. Lgs. n. 130/2000 e successive integrazioni e modificazioni.

Alla domanda di accesso al voucher sociale dovrà essere allegata la propria attestazione ISEE in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA AI SENSI DELLA D. LGS. N. 196/2003

Ai sensi dell'ART.13 del D.lgs. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che:

1. *Le finalità cui sono destinati i dati raccolti sono inerenti al perseguimento di obblighi specificatamente richiesti nel procedimento ad evidenza pubblica cui il presente intervento è rivolto.*
2. *Le Modalità di trattamento sono inerenti a funzioni istituzionali.*  
I dati saranno inseriti in una o più banche dati e/o conservati in archivi cartacei o su supporto magnetico e saranno trattati manualmente oppure attraverso l'ausilio di sistemi elettronici, telematici e con ogni altro mezzo messo a disposizione dalla tecnica e dall'evoluzione tecnologica nel rispetto della legge. Il trattamento dei dati avverrà in modo lecito e corretto e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.
3. *La natura obbligatoria e facoltativa del conferimento e conseguenze dell'eventuale rifiuto.*  
Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, si configura più esattamente come onere, nel senso che il richiedente, se intende ottenere l'assegnazione della prestazione, deve rendere la documentazione richiesta dall'Ambito in base a quanto stabilito per ottenere l'a prestazione. La conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere consiste nell'esclusione dell'assegnazione del titolo.
4. *I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:*
  - Il personale amministrativo interessato al procedimento.
  - Gli interessati partecipanti al servizio.
  - Ogni altro soggetto che vi abbia interesse ai sensi della L.241/90.
5. *I Diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui all'art.7 del Codice della Privacy, cui si rinvia.*
6. *Il Titolare del trattamento dei dati è Fondazione Servizi Integrati Gardesani, con sede a Salò (Bs), Piazza Carmine 4, nella persona del legale rappresentante pro - tempore il Presidente dott. Stefano Visconti.*
7. *Il Responsabile del trattamento dei dati personali è il Direttore della Fondazione S.I.G. dott. Davide Boglioni.*
8. *Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e riservatezza ed al solo fine di erogare le prestazioni previste dall'intervento. I dati ed i documenti saranno rilasciati all'autorità giudiziaria che ne facciano richiesta nell'ambito dei procedimenti a carico dei richiedenti. I dati sono trattati in forma anonima quando il trattamento avviene a fini statistici, di studio, informazione, di ricerca e di diffusione.*
9. *Il trattamento ha luogo presso la suddetta sede e presso le sedi di seguito riportate:*
  - Sede operativa: Fondazione Servizi Integrati Gardesani – Piazza Carmine 4 Salò.
  - Sede del Comune di residenza del richiedente.

Per il Comune di residenza il responsabile designato dall'ente, cui può rivolgersi per l'esercizio dei suoi diritti, è il/la sig./ra \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi degli articoli 10 e 11 della legge 675/1996 e successive modificazioni, il/la sottoscritt \_\_\_\_\_

acconsente al trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATI ALLA DOMANDA:**

- Dichiarazione ISEE (in corso di validità);
- Copia del DOCUMENTO di IDENTITA' di chi presenta e sottoscrive l'istanza;
- Copia del DOCUMENTO di IDENTITA' della persona cui è rivolto l'intervento;
- Copia della CERTIFICAZIONE di gravità ai sensi dell'art. 3 L. 104/92.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>RISERVATO AL COMUNE</b>
Data di presentazione _____ Protocollo n° _____
Il Funzionario incaricato _____

<b>ANAGRAFICA</b>	<p>Codice Fiscale Assistita/o _____</p> <p>Tessera Sanitaria Assistita/o _____ (facoltativa)</p> <p>Cognome _____ Nome _____</p> <p>Data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Residente a _____ Via _____ Tel. _____</p>
<b>TIPOLOGIA DI INTERVENTO</b>	<p>VOUCHER EDUCATIVO DISABILI</p> <p style="text-align: right;">◇ INDIVIDUALE</p> <p><input type="checkbox"/> n° _____ ore mensili (max 15) ore mensili (max 8) per minori inseriti in servizi scolastici</p> <p style="text-align: right;">◇ DI GRUPPO</p> <p><input type="checkbox"/> n° _____ ore mensili (max 8)</p> <p>Indicare i nominativi dei componenti il GRUPPO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Per mesi n° &gt;&gt;&gt; <input type="checkbox"/> (verifica semestrale da parte dell'Ufficio di Piano)</p> <p>VOUCHER ASSISTENZIALE DISABILI</p> <p style="text-align: right;">◇ INDIVIDUALE</p> <p><input type="checkbox"/> n° _____ ore mensili (max 10)</p> <p>Per mesi n° &gt;&gt;&gt; <input type="checkbox"/> (verifica semestrale da parte dell'Ufficio di Piano)</p>

<p>DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO INDICARE OBIETTIVI, TEMPI, DURATA E PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>DICHIARAZIONE DEL/LA RICHIEDENTE</p>	<p>La/Il richiedente o suo tutore visto il progetto individualizzato concordato con l'assistente sociale del Comune di residenza, per la realizzazione dell'intervento dichiara di scegliere la Cooperativa /Associazione /Società:</p> <hr/> <hr/> <p>Firma del/la richiedente _____</p> <p>Firma del tutore _____</p> <p>Impossibilitata/o a firmare _____</p>
<p>NOTE:</p> <hr/> <hr/> <p>L'Ufficio di Piano in data _____ AUTORIZZA l'attivazione del presente voucher.</p> <p>Con decorrenza dal _____</p> <p>ed incarica la Fondazione SIG della gestione operativa del procedimento.</p> <p style="text-align: center;"><b>VISTO e APPROVATO</b></p> <hr/>	