



COMUNITÀ della PAGANELLA

P.zzale Paganella, n. 3 38010 ANDALO
tel. 0461.585230 - fax 0461.589170
e-mail: sociale@comunita.paganella.tn.it
pec: comunita@pec.comunita.paganella.tn.it

SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE

Domanda per l'accesso agli interventi di assistenza domiciliare

(vale quale dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. (____) cittadino _____

n. tel. _____ cellulare _____

e-mail _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

domiciliato a _____ via/piazza _____ n. _____

medico di medicina generale _____

persona referente _____ n. tel. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

☐ diretto/a interessato/a

☐ (grado parentela) _____

CHIEDE

l'ammissione ai seguenti interventi/prestazioni o servizi:

☐ Aiuto domiciliare e di sostegno alla persona (☐ Pubblica ☐ Convenzionata)

☐ Fornitura e somministrazione di pasti a domicilio

☐ Prestazioni fornite c/o Centri di servizi: ☐ Fornitura e somministrazione di pasti

☐ Bagno assistito

☐ Trasporto c/o Centri di servizi:

☐ Telesoccorso/Telecontrollo

in favore di _____

nato/a il _____ a _____ Prov. (____) cittadino _____

n. tel. _____ cellulare _____

e-mail _____

residente a _____ via/piazza _____ n. _____

domiciliato a _____ via/piazza _____ n. _____

medico di medicina generale _____

persona referente _____ n. tel. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A tale scopo, ai sensi degli artt. 46 – 47 – 75 – 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e che qualora dal controllo delle dichiarazioni dovesse emergere la loro non veridicità, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

1. che il/i beneficiario/i del servizio è/sono di stato civile:

☐ celibe/nubile

☐ coniugato/a

☐ vedovo/a

☐ legalmente separato/a (con sentenza/omologa del Tribunale di _____ n. ____ di data _____)

☐ di fatto separato/a

☐ in attesa di sentenza di separazione

☐ divorziato/a con sentenza del Tribunale (con sentenza/omologa del Tribunale di _____ n. ____ di data _____)

2. che il nucleo familiare del/i beneficiario/i il servizio, alla data odierna, è così composto¹:

N.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di parentela	Condizione personale ²
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

¹ È necessario indicare tutti i componenti del nucleo familiare anagrafico risultante al momento della presentazione della domanda, con le eccezioni previste dalla disciplina ICEF di settore, approvate con deliberazione di Giunta Provinciale n. 477 del 23/03/2015 e ss.mm.e ii. e, per quanto ivi non indicato, dalle disposizioni ICEF generali in vigore sempre al momento della presentazione della domanda.

² Indicare con le lettere O – D – S – C – P – I rispettivamente se il componente il nucleo familiare è occupato / disoccupato / studente / casalinga / pensionato / invalido.

3. ☐ di aver presentato e sottoscritto la dichiarazione sostitutiva ICEF con periodo di riferimento della situazione reddituale e patrimoniale anno _____ e la Dichiarazione ai fini del calcolo della compartecipazione, e di accettarne le quote di compartecipazione risultanti;
- oppure, in alternativa:
- ☐ di impegnarsi a presentare la Dichiarazione ai fini del calcolo della compartecipazione e di accettarne le quote, pena l'applicazione delle quote massime, di cui ha preso visione, senza applicazione di tetto massimo mensile di spesa.
- ☐ di non intendere presentare e sottoscrivere la dichiarazione sostitutiva ICEF e la Dichiarazione ai fini del calcolo della compartecipazione e di accettare pertanto le quote massime di compartecipazione, di cui ho preso visione, senza tetto massimo mensile di spesa;
4. di essere a conoscenza che l'Amministrazione della Comunità potrà procedere ad idonei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato (ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000);
5. di essere a conoscenza della normativa che disciplina i requisiti, i criteri e le modalità di concessione dell'intervento [contenuta nelle LL.pp. n. 14/1991 e n. 13/2007, nelle Determinazioni per l'esercizio delle funzioni socio assistenziali, mantenute in vigore con atto di indirizzo e coordinamento approvato annualmente dalla Giunta provinciale] e della quota unitaria di compartecipazione alla spesa e del tetto massimo mensile di spesa, definiti sulla base dell'indicatore ICEF [contenuta nella Disciplina Icef di settore, approvata con deliberazione di Giunta provinciale 23.03.2015 n. 477 e s.m. e i., e, per quanto ivi non indicato, dalle Disposizioni Icef generali in vigore sempre al momento della presentazione della domanda];
6. di impegnarsi a versare la quota di compartecipazione alla spesa richiesta periodicamente dall'Amministrazione della Comunità per la fruizione dei servizi richiesti;
7. di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;
8. di essere a conoscenza che le domande sono esaminate dal Servizio Socio-Assistenziale della Comunità della Paganella, che si riserva la facoltà di accoglierle entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda. Nel caso in cui i servizi non vengano attivati per il periodo di un anno dalla data della domanda, la stessa verrà archiviata d'ufficio senza ulteriore comunicazione;
9. di essere a conoscenza che sono previsti riaccertamenti obbligatori della condizione economica, con cadenza prevista dalla normativa vigente;
10. ☐ Allega modulo SDD-SEPA
11. ☐ Allega copia della Carta di Identità del/i beneficiario/i dei servizi;
12. Chiede che le fatture e le comunicazioni vengano inviate a:
- ☐ Utente
- ☐ Richiedente (se diverso dall'utente)
- ☐ Altro (nome-cognome-indirizzo e codice fiscale) _____
-

Il sottoscritto delega

L'Amministrazione della Comunità ad accedere alle banche dati disponibili, per visualizzare e stampare i dati necessari per funzioni di controllo. Per questo allega fotocopia di un documento di identità (carta d'identità, patente di guida, passaporto, documento estero) della persona per cui sono richiesti gli interventi.

Firma dell'**interessato/tutore/amministratore di sostegno con rappresentanza**

luogo e data

firma

In caso di persona sottoposta a curatela/amministrazione di sostegno senza rappresentanza, **controfirma del curatore/amministratore di sostegno senza rappresentanza.**

luogo e data

firma

In alternativa, nel caso in cui l'interessato si trovi temporaneamente impedito a causa del suo stato di salute, può firmare il **coniuge** o, in sua assenza, il **figlio** o, in mancanza di questi, **altro parente o affine fino al terzo grado**:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____ in qualità di _____ del beneficiario del
servizio, con la presente dichiarazione e nell'interesse dello stesso, dichiaro e richiedo sotto la mia
responsabilità quanto sopra ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e delle Determinazioni
provinciali in materia di assistenza.

luogo e data

firma

Si informa che ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali sono raccolti dall'Ufficio Socio-assistenziale per lo svolgimento dell'attività di Interesse pubblico ed esercizio dei pubblici poteri in esecuzione di un compito o di una funzione di interesse pubblico. I dati sono oggetto di comunicazione e diffusione ai sensi di legge.

Titolare del trattamento è la Comunità della Paganella con sede a Andalo (TN) in Piazzale Paganella, 3 (e-mail comunita.@comunita.paganella.tn.it, sito internet www.comunita.paganella.tn.it).

Responsabile della Protezione dei Dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento in via Torre Verde 23 (e-mail servizioRPD@comunitrentini.it, sito internet www.comunitrentini.it).

Lei può esercitare il diritto di accesso e gli altri diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

L'informativa completa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 è a disposizione presso l'Ufficio Segreteria della Comunità della Paganella.

Da compilarsi a cura dell'ufficio

Il sottoscritto..... dipendente della Comunità della Paganella, ai sensi dell'art. 38 del T.U. in materia di documentazione amministrativa, attesta che la firma in calce alla suestesa dichiarazione:

☐ E' stata apposta in mia presenza dal/la signor/a

☐ E' stata consegnata sottoscritta unitamente alla copia del documento di identità che si allega

data (firma del funzionario).....

Da compilarsi a cura dell'assistente sociale

Inserito l'aiuto all'accesso in C.S.I. in data