



**MODULO DI DOMANDA PER RICHIESTA DI TITOLI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE DISABILI
PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE AI SENSI DELLA MISURA DOPO DI NOI (DGR 6674/2017)**

Al Servizio sociale della sede di.....

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via _____ n. _____ Comune di _____
cap. _____ domicilio (da compilare solo se diverso dalla residenza)

c/o _____ in _____

via _____ Comune _____ Cap _____

Tel. _____ mail _____

in qualità di diretto interessato/beneficiario

OPPURE

In qualità di:

Genitore

Tutore/ Curatore

Amministratore di Sostegno

del Beneficiario:

Codice fiscale	Cognome – Nome	Stato Civile
Data Nascita	Luogo Nascita	Provincia
Comune di Residenza	Indirizzo	n° telefono

CHIEDE che venga erogato un voucher/buono a favore del beneficiario per la seguente prestazione:

AREE INTERVENTO	N. INT	TIPOLOGIA INTERVENTI	IMPORTO MAX. TITOLO SOCIALE ANNUO (voucher/buoni)	BARRARE INTERVENTO RICHIESTO	INCOMPATIBILITA'/ CUMULABILITA'
INTERVENTI INFRASTRUTTURALI	1	1) eliminazione barriere; 2) messa a norma impianti; 3) adattamenti domotici	Buono max. € 20.000 (e cmq non oltre il 70% del costo intervento) con vincolo destinazione per anni 20		contributo L.23 art.4 commi 4 e 5. cumulabili con gli interventi: 2,3, 6 e 7.
	2	canoni di locazione	Buono max. 5.100/anno (pari a € 300/mese per unità abitativa, cmq non oltre 80% spese abitativa)		cumulabili con gli interventi n. 1, 6, 7
	3	spese condominiali	max. 1.500 per unità abitativa		
INTERVENTI GESTIONALI	4	Accompagnamento Autonomia	Voucher Max. € 5.400		cumulabile con intervento: n. 8; incompatibile con interventi n.5, 6,

INFORMATIVA AGLI UTENTI

A tutti i gentili Utenti

Desideriamo informarVi che il Codice sulla privacy garantisce che il trattamento dei dati personali e/o sensibili delle persone fisiche e giuridiche si svolge nel rispetto dei loro diritti, delle loro libertà fondamentali, nonché della loro dignità, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità persona.

Il trattamento dei dati che intendiamo effettuare sarà quindi improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei Vostri diritti ed in particolare dei Vostri diritti alla riservatezza.

Ai sensi della legge citata (D. Lgs. 196/03 – Codice sulla privacy), Vi informiamo che:

1. Il trattamento previsto ha le seguenti finalità: adempimenti di Legge connessi alla gestione amministrativa del rapporto; adempimento degli obblighi contrattuali, vale a dire l'erogazione del servizio; supporto e informazione in merito ai servizi da Voi acquisiti, verifica della soddisfazione degli Utenti
2. Il trattamento previsto sarà effettuato con l'uso dei supporti cartacei e/o di sistemi automatizzati
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per i dati personali e/o sensibili utilizzabili per lo svolgimento delle attività istituzionali della nostra organizzazione, fermo restando che gli stessi potranno essere utilizzati per: statistiche anonime; referenze; informazioni su annunci di nuovi servizi da parte nostra;
4. I dati da noi trattati potranno, ove del caso, essere inseriti nelle elaborazioni/rendicontazioni imposti dai regolamenti delle Amministrazioni Pubbliche.
5. In ordine alla costituzione di un sistema informativo integrato socio sanitario, i dati da voi forniti per l'attivazione di servizi da parte di questo Ente saranno trasmessi al Distretto socio sanitario di riferimento dell'ASL di Bergamo e al medico di assistenza primaria;

In relazione al trattamento previsto potrete esercitare presso le competenti sedi i diritti previsti dal D. Lgs 196/03 che potrete reperire sul sito dell'Ufficio del Garante: www.garanteprivacy.it; in particolare potrete conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare, opporVi al trattamento dei dati - Titolare dei dati è la COMUNITÀ MONTANA VALLE BREMBANA

Data, _____

Firma dell'Utente, _____

Si allegano alla presente:

- Certificazione attestante la disabilità (art.3 comma 3 L.104/1992);
- Attestazione ISEE socio sanitario (in corso di validità);
- Schede di valutazione ADL/IADL e fragilità sociale
- Progetto Individualizzato;
- Copia di documento d'identità del beneficiario o del richiedente (se distinto);
- Copia di nomina del tutore/curatore ecc.. (se presenti).