

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiara

VOUCHER A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE CON MINORI DISABILI PER L'ASSISTENZA AD PERSONAM AL GREY DGR 5791 /2021 FNA 2021- ANNO 2022-

PROTOCOLLO UFFICIO DI PIANO

PROTOCOLLO COMUNE

DOMANDA DI CONCESSIONE

Al Comune di _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____ e residente nel
Comune di _____ in Via _____ n. _____,
cell. n. _____

Avendo preso visione del bando per l'erogazione del voucher a sostegno delle famiglie con minori erogato dall'Ambito n. 8 con l'obiettivo di sostenere la famiglia - in particolare i nuclei in condizioni di fragilità economica e sociale -

CHIEDE

di poter beneficiare del voucher orario, necessario all'assistenza e accompagnamento, istituito a sostegno delle famiglie con minori disabili erogato dall'Ambito n. 8 e finalizzato a sostenere la famiglia - in particolare i nuclei in condizioni di fragilità economica e sociale - per servizi per la socializzazione e le attività ricreative nei periodi delle vacanze scolastiche a favore del minore:

- _____ (nome e cognome)
- _____ (codice fiscale)
- _____ (data di nascita)
- _____ (tipologia servizio: CRD e/o domiciliare, ecc....)
- _____ (cooperativa di riferimento)
- _____ n. ore (max 50) richieste al costo orario di € 21,26 iva inclusa
- costo complessivo a carico del fondo € _____.
- Inizio voucher dal _____ fine voucher il _____

UFFICIO TECNICO DI PIANO

Via Codagli, 10/a – cap. 25034 Orzinuovi (BS)

(c/o Comunità della Pianura Bresciana – Fondazione di Partecipazione)

Tel. 030 9942005 – Fax 030 941393

E-Mail segreteria@fondazionebbo.it PEC: segreteria.fondazionebbo@pec.it

A tal fine, consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere la cittadinanza:
 - italiana;
 - di un Stato membro dell'Unione Europea: _____
 - di uno Stato extra-UE: _____ e di essere in possesso del seguente documento di soggiorno:
 - CARTA DI SOGGIORNO rilasciata in data _____ dalla Questura di _____
 - Permesso di soggiorno valido sino al _____, rilasciato in data _____ dalla Questura di _____;
- che la propria situazione economico-familiare è pari ad € _____, desumibile dall'attestazione I.S.E.E. (nuovo Indicatore della Situazione Economica Equivalente in vigore dal 1° gennaio 2015 - D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n.159) allegata alla presente domanda;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un familiare, ogni variazione della propria situazione (composizione del nucleo familiare, situazione reddituale, trasferimento di residenza, etc.) che determini il venir meno del diritto al contributo;
- di essere a conoscenza che potranno essere effettuati idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a decadrà dal beneficio ottenuto e l'ente potrà procedere al recupero delle somme indebitamente percepite.

ED ALLEGA

la seguente documentazione:

- scheda PAI (Progetto Individuale di Assistenza) per una valutazione multidimensionale integrata tra ASST e Comuni/Ambiti redatto dall'Assistente Sociale di riferimento e scala ADL.
- attestazione I.S.E.E. ordinario, **in assenza di isee è obbligatoria la DSU** (pena l'esclusione della domanda); da allegare solo se non si è già presentata domanda per buono sociale;
- carta o permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari)
- certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 o della certificazione di invalidità civile con diritto all'indennità di accompagnamento; da allegare solo se non si è già presentata domanda per buono sociale;
- Informativa privacy con documento d'identità.

Confidando nel positivo riscontro alla presente, coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Luogo e data

IL/LA RICHIEDENTE
(genitore/tutore del minore)

COMUNICAZIONE PRIVACY

Per l'erogazione dei SERVIZI SOCIALI DI BASE (s.a.d, s.a.p, pasti a domicilio, trasporto utenti, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, fornitura ausili, consulenza specialistica, centro diurno integrato, casa di riposo, ricovero di sollievo, buoni e voucher, altri servizi domiciliari e contributi economici generici, compartecipazione di spesa, trasferimenti economici di varia natura a Comuni e ambiti distrettuali)

Egregio Sig./Gentile Sig.ra. _____, CF _____

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE VIA CODAGLI 10/A ORZINUOVI (BS) Telefono 0309942005 Indirizzo e-mail segreteria@fondazionebbo.it desidera informarla che il Regolamento Europeo della Privacy prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali e che l'utilizzo dei Suoi dati personali da parte del proprio personale incaricato avverrà nel rispetto del GDPR 679/16.

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE si è adoperata a nominare un responsabile della protezione dei dati: SYNTHESIS SECURITY SRL - REFERENTE TOMASINI tomasini@synsec.it 0302752402.

La COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE tratterà i suoi dati personali in qualità di responsabile del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del GDPR 679/16 seguendo le istruzioni impartite dal titolare del trattamento.

I titolari del trattamento per i quali opera la COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE sono: Unione dei Comuni Lombarda Bassa Bresciana Occidentale, Comuni di Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Mairano, Pompiano, Quinzano e San Paolo.

Per informazioni relative al trattamento da parte dei titolari del trattamento sopra elencati si rimanda alle informative art. 13 GDPR 679/16 degli stessi.

Data _____ -

Firma per presa visione _____

CONSENSO INFORMATO PER CREAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

In caso di suo consenso libero, espresso e facoltativo potrà essere creata la cartella sociale informatizzata CSI (soluzione informatica che fornisce la possibilità agli assistenti sociali/operatori a livello amministrativo - gestionale e a livello professionale-operativo di programmare e coordinare gli interventi sociali) sul portale dell'ATS VI.VI.DI. Il Suo rifiuto non avrà alcuna conseguenza negativa sulla possibilità di usufruire dei servizi richiesti. In caso di rifiuto o di revoca successiva del consenso, i Suoi dati saranno disponibili solo per le eventuali conservazioni obbligatorie di legge.

Se l'interessato è minorenni o sotto tutela, il consenso è espresso dai soggetti che hanno la potestà legale.

La CSI contiene l'insieme dei dati relativi al processo socio - assistenziale, dall'accesso-orientamento alla valutazione finale-conclusione, passando per la valutazione del bisogno, l'elaborazione del progetto individuale e l'erogazione del servizio, in formato elettronico, raccolti in occasione dei vari colloqui fra gli assistenti sociali e l'interessato.

La CSI consente al personale della Fondazione di avere un quadro sociale il più completo possibile e di disporre delle informazioni necessarie per offrirLe un'assistenza più adeguata. Le informazioni contenute nella CSI sono accessibili e possono essere trattate da tutti i professionisti della Fondazione autorizzati a vedere la CSI e anche da altri operatori di altri Enti perchè la CSI favorisce la condivisione tra Enti diversi (Comuni, ATS, ASST, terzo settore, imprese e consorzi con finalità sociali etc.).

Le viene chiesto uno specifico ed autonomo consenso per utilizzare - attraverso la CSI - anche le informazioni "ultraparticolarissime" relative alle prestazioni erogate dalla Fondazione a seguito di:

atti di violenza sessuale o pedofilia, accertamento dello stato di sieropositività, uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcol, interventi di interruzione di volontaria di gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari.

I Suoi dati sanitari contenuti nella CSI potranno anche essere utilizzati, in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca.

Per permettere al personale che Le erogherà il servizio di avere un quadro completo, Lei potrà inoltre esprimere il consenso affinché la sua CSI venga alimentata anche dai dati già in possesso di questa Fondazione. Precisando non vi è garanzia della completezza di tali informazioni, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.

Il trattamento dei Suoi dati è riservato al personale dipendente della Fondazione nonchè a tutte le persone debitamente autorizzate che intrattengono con la medesima rapporti di lavoro o di servizio.

Lei ha altresì il diritto alla visione degli accessi alla sua CSI e ad esercitare la facoltà di oscurare alcuni eventi che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inseriti nella CSI alcuni dati non obbligatori. L'oscuramento non viene in alcun modo evidenziato, per cui nessuno può venire a conoscenza del fatto che Lei abbia esercitato tale facoltà (oscuramento dell'oscuramento). In qualsiasi momento Lei può revocare la scelta di oscuramento effettuata (deoscuramento).

UFFICIO TECNICO DI PIANO

Via Codagli, 10/a – cap. 25034 Orzinuovi (BS)

(c/o Comunità della Pianura Bresciana – Fondazione di Partecipazione)

Tel. 030 9942005 – Fax 030 941393

E-Mail segreteria@fondazionebbo.it PEC: segreteria.fondazionebbo@pec.it

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____:

- presta il suo consenso NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolarmente nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....

Luogo Data

.....

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____ esercente la patria potestà sul minore _____ nato/a a _____ il _____:

- presta il suo consenso NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolarmente nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....