

All'Ufficio Servizi Sociali  
Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Domanda di accesso al servizio di assistenza domiciliare Covid-19 (SAD Covid-19)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Beneficiario
- Familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_
- Amministratore di sostegno (indicare gli estremi del decreto di nomina) \_\_\_\_\_
- Tutore (indicare gli estremi del decreto di nomina) \_\_\_\_\_
- Curatore (indicare gli estremi del decreto di nomina) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'erogazione di voucher sociale per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Covid-19 (SAD Covid-19) dal \_\_\_\_\_ (durata SAD Covid-19 è pari a 4 settimane, al termine delle quali l'intervento sarà terminato e rinviato per competenza al Servizio sociale comunale).

(Nome) \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_ luogo di nascita: \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

sotto forma delle seguenti tipologie di prestazioni e interventi:

- **AIUTO PER L'IGIENE DELLA PERSONA E/O PER IL GOVERNO DELL'ALLOGGIO ABITATIVO E ATTIVITA' DOMESTICHE** (alzata, vestizione, igiene personale completa con elevata complessità assistenziale, riordino bagno/camera da letto, bagno settimanale (in vasca o a letto), igiene dei capelli, riordino e pulizia dei locali ad uso abitativo, cambio della biancheria);

**Indicare numero accessi settimanali (1 ora, max. 5):** \_\_\_\_\_

*[note: persone dimesse da ospedali NON per Covid-19, persone dimesse da isolamento domiciliare presso hotel per cittadini con infezione da Covid-19, persone improvvisamente senza rete di supporto a causa di positività Covid-19 di Caregiver. In tutti i casi è necessario tampone negativo per Covid-19]*

- **FORNITURA/CONSEGNA DI PASTI AL DOMICILIO;**

*[note: qualora l'attività non preveda accesso al domicilio è attivabile anche per persone positive per Covid-19 o in quarantena e/o isolamento]*

Indicare numero accessi settimanali (1 ora, max. 2): \_\_\_\_\_

- **PICCOLE COMMISSIONI ESTERNE ALL' ABITAZIONE** (disbrigo pratiche quali, ad esempio, pagamento utenze, piccoli acquisti e spesa, fornitura di farmaci)

*[note: qualora l'attività non preveda accesso al domicilio è attivabile anche per persone positive per Covid-19 o in quarantena e/o isolamento]*

Indicare numero accessi settimanali (1 ora, max. 2): \_\_\_\_\_

- **FORMAZIONE E INFORMAZIONE TELEFONICA DA PARTE DI OPERATRICE ASA** (indicazioni al caregiver (familiare o badante) in merito alla corretta gestione socio-assistenziale della persona destinataria dell'intervento. Ad esempio, indicazioni su modalità più idonee per svolgimento igiene quotidiana, corretta mobilitazione, utilizzo degli ausili e dei dispositivi di protezione individuale, modalità comunicative più funzionali per relazionarsi, indicazioni su canali adeguati al reperimento di informazioni).

Indicare numero accessi settimanali (1 ora, max. 2; da lunedì a venerdì 15.00 -17.00): \_\_\_\_\_

Si esprimono le seguenti preferenze in merito a giorni e fasce orarie:

mattino     pomeriggio     sera

(Indicare dalle ore alle ore): \_\_\_\_\_

Giorno/i della settimana:  lunedì  martedì  mercoledì  giovedì  venerdì  sabato  domenica

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 2000, per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità,

che il nucleo familiare del beneficiario è composto come segue:

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Attività/lavoro svolto

che altre persone di riferimento per il beneficiario sono le seguenti:

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Residenza

c) Che il beneficiario ha:

- un'invalidità civile di .....(indicare la percentuale);
- indennità di accompagnamento;
- L.104/92 art. 3 co 1;
- L.104/92 art. 3 co 3;
- Inoltrato domanda di accertamento invalidità civile e L. 104/92 ma è in corso di valutazione;
- Non ha inoltrato alcuna domanda di accertamento dell'invalidità.

d) che il beneficiario ha effettuato tamponi per positività Covid-19

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ risultato\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ risultato\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ risultato\_\_\_\_\_

e) che il Medico di base del beneficiario è il Dott. \_\_\_\_\_ (riferimento telefonico: \_\_\_\_\_)

Si allega la seguente documentazione:

- ✓ Eventuale copia del verbale attestante l'invalidità;
- ✓ Eventuali copia del verbale ai sensi della l.104/92;
- ✓ Scheda ADL;
- ✓ Scheda IADL;
- ✓ Scheda di valutazione sociale;
- Altro:\_\_\_\_\_

(luogo e data)\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del Regolamento UE 679/16 si porta a conoscenza dei richiedenti che:

1) i dati personali particolari sensibili dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. La finalità del trattamento è: presentazione domanda per accesso alla misura SAD Covid-19.

2) il conferimento dei dati non è facoltativo bensì necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;

3) i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano e Enti deputati alla valutazione, gestione e controllo con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti dell'Azienda e comunali;

I dati vengono trattati mediante l'adozione di adeguate misure tecniche ed organizzative per la sicurezza del trattamento (art. 32 del Regolamento UE 679/16).

I diritti degli Interessati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o di limitazione del trattamento, portabilità dei dati, opposizione).

Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di \_\_\_\_\_

Il Responsabile esterno del trattamento dei dati ai sensi art. 28 del GDPR è Azienda Isola a.s.c. nella persona del Direttore, dott.ssa Mina Mendola.

Il Responsabile della protezione dei dati di Azienda Isola a.s.c. ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

(luogo e data) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_