

Il richiedente è presente all'interno della piattaforma?

- Si
- No

Tipologia SAD: \*

- SAD in gestione associata
- SAD B2
- SAD B1

Richiedente

  

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Comune di residenza

In Via

N° civico

Data di nascita

Giorno

Mese

Anno



Codice fiscale

Tel.

Cell.

E-mail

In qualità di

- Beneficiario
- Familiare

- Amministratore di sostegno
- Tutore
- Curatore

**Specificare grado di parentela**

**Indicare gli estremi del decreto di nomina**

**Indicare gli estremi del decreto di nomina**

**Indicare gli estremi del decreto di nomina**

### CHIEDE

l'erogazione di voucher sociale per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD/SADH)

**Dal \***



**Al \***



**Per un monte ore complessivo settimanale di (ore):**

**Per conto e a favore di: \***



sotto forma delle seguenti tipologie di prestazioni e interventi:

**Selezione prestazioni \***

- Igiene personale (Aiuto per l'igiene della persona)
- Igiene della persona relativamente a prestazioni di semplice attuazione e non relative alle professioni sanitarie o ausiliarie di esse, sostegno e stimolo psicologico (Aiuto per la cura della persona)
- Preparazione a domicilio dei pasti (Assistenza al pasto)
- Disbrigo delle faccende domestiche, pulizia dell'ambiente, riordino e cambio della biancheria (Aiuto per il governo dell'alloggio abitativo e attività domestiche)
- Aiuto nel mantenimento dei rapporti amicali o di vicinato (Socializzazione, vita di relazione e integrazione con il territorio)
- Accompagnamento per il disbrigo di pratiche varie (pratiche burocratiche, riscossione pensioni, visite mediche etc.)
- Altro

**Igiene personale (Aiuto per l'igiene della persona) \***

- 1 ora
- 30 minuti

Igiene della persona relativamente a prestazioni di semplice attuazione e non relative alle professioni sanitarie o ausiliarie di esse, sostegno e stimolo psicologico (Aiuto per la cura della persona) \*

- 1 ora
- 30 minuti

Preparazione a domicilio dei pasti (Assistenza al pasto) \*

- 1 ora
- 30 minuti

Disbrigo delle faccende domestiche, pulizia dell'ambiente, riordino e cambio della biancheria (Aiuto per il governo dell'alloggio abitativo e attività domestiche) \*

- 1 ora
- 30 minuti

Aiuto nel mantenimento dei rapporti amicali o di vicinato (Socializzazione, vita di relazione e integrazione con il territorio) \*

- 1 ora
- 30 minuti

Accompagnamento per il disbrigo di pratiche varie (pratiche burocratiche, riscossione pensioni, visite mediche etc.) \*

- 1 ora
- 30 minuti

Altro, Specificare \*

L'intervento è richiesto nella seguente fascia oraria

- Mattino
- Pomeriggio
- Sera

Giorno della settimana

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì
- sabato
- domenica

A partire dal giorno



Totale ore settimanali

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:

Sono presenti persone del Nucleo familiare?

- Sì
- No

Sono presenti altre persone di riferimento?

**Nucleo familiare**

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo di nascita	Data di nascita	Attività/lavoro svolto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="23"/> <input type="text" value="Lug"/> <input type="text" value="2024"/>	<input type="text"/>

- Sì  
 No

**Numeri telefonici parenti o altri soggetti vicini alla persona:**

Grado di parentela	Numero telefonico
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Altre persone di riferimento per il beneficiario**

Cognome e nome	Grado di parentela	Luogo di nascita	Data di nascita	Attività/lavoro svolto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="23"/> <input type="text" value="Lug"/> <input type="text" value="2024"/>	<input type="text"/>

**Il beneficiario ha**

- Invalidità civile; 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

**Percentuale invalidità civile (%)****Il reddito I.S.E.E. è di € \***

Il beneficiario o chi per esso, identifica quale Ente Gestore per l'erogazione delle prestazioni richieste (*specificare denominazione dell'Ente Gestore tra l'elenco degli accreditati identificati da Azienda Isola*)

**Ente gestore \***  

Si allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione I.S.E.E.;
- Copia del verbale attestante l'invalidità;
- Copia del verbale ai sensi della l.104/92;

allegati

#### Aggiungi un nuovo file

Scegli file Nessun file selezionato

Carica

🔗 Ulteriori informazioni

#### Luogo

#### Data

Giorno



Mese



Anno



#### Firma

Pulisci 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/SADH.

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 Responsabile esterno del trattamento dei dati ai sensi art. 28 del GDPR è Azienda Isola a.s.c. nella persona del Direttore, dott. Marco Locatelli.

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.

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



#### Luogo

#### Data

Giorno



Mese ▼

Anno ▼



**Firma**

Pulisci Firma

**Stato della Domanda di Voucher \***

In bozza ▼

Invia