REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA

ATS VEN _____

COMUNE DI _____

Impegnativa Centri Diurni

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'IMPEGNATIVA CENTRI DIURNI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI – DGR N. 256/2023 E DGR N. 1558/2023

Al Responsabile dell'Ente Capofila dell'ATS VEN _____

Oppure per il tramite del:

Punto di accesso della rete dei servizi (sportelli dei servizi sociali e socio-sanitari) di _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| email *(facoltativo)* _____

in qualità di:

❑ persona direttamente interessata

❑ legale rappresentante (❑ tutore, ❑ curatore, ❑ amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);

❑ familiare (❑ convivente, ❑ non convivente) (grado di parentela: _____)

❑ persona (❑ convivente, ❑ non convivente) di cui il servizio sociale ha accertato che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

1. Presenta domanda di Impegnativa Centri Diurni a favore di:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (_____) il |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (___)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (___) in

via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa Centri Diurni:

- ❑ Impegnativa **Centri Diurni gravi**
- ❑ Impegnativa **Centri Diurni gravissimi**

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

1. che il Centro Diurno frequentato è il seguente _____;
2. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
3. l'impegno della famiglia a garantire la frequenza della persona non autosufficiente al Centro Diurno del centro di Servizi;
4. la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
5. nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
   a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
   b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
6. che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per la frequenza al Centro Diurno della persona non autosufficiente;
7. di essere a conoscenza che la mancata presentazione:
   a della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE
   b della SVaMa
   c dell'impegnativa sanitaria di Centro Diurno
   comporta l'esclusione dal beneficio;
8. di impegnarsi a presentare al Comune di _____ la documentazione fiscale prodotta dall'Ente Gestore del Centro Diurno attestante la spesa sostenuta, consapevole che il contributo non potrà superare i 30,00€ al giorno frequentato;
9. di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla presente domanda comporta l'esclusione dal beneficio;
10. che la persona di riferimento é:

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. Comunicazione accredito:

Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, comunica che la liquidazione dell'Impegnativa di Centro Diurno, qualora erogata in forma di contributo economico, venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:

- ❑ al beneficiario (persona non autosufficiente per la quale è presentata la domanda)
- ❑ al legale rappresentante (come sopra specificato)

ed identificato dal seguente codice IBAN:

|__|__| |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nazione controllo CIN ABI CAB numero di CC

5. Collaborazione per l'aggiornamento:

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
c) il decesso;
d) le variazioni rilevanti e stabili del livello di autonomia e del livello delle prestazioni offerte alla persona non autosufficiente (queste variazioni saranno verificate dal Servizio Sociale);
e) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
f) il cambiamento della persona di riferimento;
g) le variazioni del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

6. Controllo della qualità assistenziale

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno semestrale, forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'Impegnativa Centri Diurni, attraverso visite domiciliari nonché presso il Centro Diurno dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, qualora la persona non autosufficiente sia presa in carico, ovvero effettuati dall'assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'ente delegato negli altri casi.

In fede,

Luogo, _____

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Il dichiarante

_____

(firma leggibile)

- ❑ Allegata copia del documento di identità in corso di validità.
- ❑ Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: ❑ Carta di identità, ❑ Patente di guida, ❑ Altro _____

Numero _____ Scadenza _____

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Centro Diurno, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale e dalle UVMD distrettuali, avvalendosi della SVaMA. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche con strumenti informatizzati per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle Impegnativa Centri Diurni. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
b) Finalità funzionali alla gestione dell'Impegnativa Centri Diurni e degli adempimenti che da esso dipendono.
c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alle programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.
Si autorizza la trasmissione dei dati suindicati al Comune di Padova che, in qualità di Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale Ven_16 Padova, curerà le attività amministrative collegate all'erogazione del contributo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo del territorio veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Impegnativa Centri Diurni in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, al responsabile della protezione dei dati dell'Ente che ha preso in carico la domanda, rivolgendosi ai dati di contatto presenti sul sito internet dell'Ente medesimo.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa di cui sopra e mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni eventuali variazioni dei dati conferiti.

In fede,

Luogo, _____

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Il dichiarante

_____

(firma leggibile)

REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA

ICD Centri Diurni

IMPEGNATIVA CENTRI DIURNI - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di _____ (___)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

indicare se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (___) in

via _____ n. _____ - frazione _____

telefono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di Medicina Generale, dr._____

1) L'utente ha riconosciuta la quota sanitaria di frequenza al Centro Diurno ❑ si ❑ no
2) Punteggio totale SVaMA |___|___|[1]
3) Valore ISEE[2] _____,00 €;
4) Presenza della condizione di alto bisogno assistenziale/disabilità gravissima[3] ❑ si ❑ no

Data di compilazione |__|__||__|__||__|__|__|__|

Il funzionario

_____

(timbro e firma leggibile)

Allegati: Dichiarazione ISEE e SVaMA

[1] A cura dell'UVMD
[2] Impegnativa Centri Diurni gravi: valore ISEE inferiore a € 16.700,00; Impegnativa Centri Diurni gravissimi valore ISEE inferiore a € 50.000,00
[3] Come definiti dal quadro sinottico della SVaMa