

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Nuovo Già seguito dall'anno _____ Assistente Sociale _____

___ I ___ sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

codice fiscale _____ stato civile _____

cittadino/a _____ Permitted di soggiorno [] SI [] NO Scadenza _____

residente nel Comune di _____ in Via _____ n. _____

telefono fisso _____ telefono cellulare _____

indirizzo di posta elettronica _____

Invalità Civile SI NO % Accompagnamento SI NO

ch i e d e

l'attivazione del/i Servizio/i di seguito elencati e/o richiesta di integrazione di relativa retta

Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	Centro Socio Educativo	<input type="checkbox"/>
Assistenza educativa domiciliare	<input type="checkbox"/>	Ricovero temporaneo	<input type="checkbox"/>
Assistenza Educativa Scolastica	<input type="checkbox"/>	Soggiorno protetto	<input type="checkbox"/>
Pasti	<input type="checkbox"/>	Comunità alloggio disabili	<input type="checkbox"/>
Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	Comunità alloggio educativa	<input type="checkbox"/>
Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>	Servizi Residenziali Anziani (RSA)	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno Educativo Minori	<input type="checkbox"/>	Servizi Residenziali Disabili (RSD)	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno Integrato	<input type="checkbox"/>	Interventi per emergenza abitativa	<input type="checkbox"/>
Servizio Inserimenti Lavorativi Protetti	<input type="checkbox"/>	Contributo economico	<input type="checkbox"/>
Servizio Formazione Autonomia	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno Disabili	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

per sé

per conto del sig./sig.ra _____ nat. ___ il _____

codice fiscale _____ stato civile _____

cittadino/a _____ Permitted di soggiorno [] SI [] NO Scadenza _____

residente in Via/Piazza _____

telefono fisso _____ telefono cellulare _____

indirizzo di posta elettronica _____

Invalidità Civile SI NO % Accompagnamento SI NO
per le seguenti motivazioni:

Altri Servizi attivati	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

dichiara

- di impegnarsi altresì, in caso di accoglimento della presente, a segnalare, non oltre 30 gg dal suo verificarsi, ogni e qualsiasi variazione delle condizioni di cui sopra ed a esibire qualunque documentazione richiesta dal Comune;
- di conoscere e accettare le condizioni che regolano la fruizione del/i servizio/i richiesti;
- di allegare l' attestazione I.S.E.E., con valore pari ad €. _____ ;
- di non essere in possesso della attestazione I.S.E.E. **A tale proposito, si impegna a presentarla entro la proroga concessa e a corrispondere la compartecipazione che sarà determinata sulla base del valore I.S.E.E.**
- di essere consapevole che la mancata presentazione dell'ISEE comporterà la non erogazione del servizio o l'applicazione della compartecipazione massima prevista dalla disciplina del Comune;
- di impegnarsi a comunicare annualmente il valore dell'I.S.E.E.

allega

- attestazione I.S.E.E.
- altra documentazione: _____

_____, _____

(firma del richiedente)

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere stato/a informato/a che:

- in base al d.lgs. 196/2003, i dati personali dichiarati nella domanda devono essere obbligatoriamente forniti per consentire l'erogazione della prestazione sociale richiesta; che gli stessi possono essere utilizzati dal Comune di Lissone, anche con strumenti informatici, per finalità istruttorie correlate alla prestazione sociale richiesta; possono essere comunicati agli

organi dello Stato preposti ai controlli di veridicità, nonché alle Amministrazioni certificanti ai fini dei citati controlli;

- il Responsabile del procedimento è la Dirigente del Settore Famiglia e Politiche Sociali – dott.ssa Anna Perico;
- Il referente per la trattazione della istanza è _____
- il procedimento si concluderà entro 30 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda;
- in caso di inerzia degli uffici o di rigetto della domanda, potrà fare ricorso presso il competente Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni e ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni;
- può prendere visione degli atti che riguardano la domanda, presentando apposita richiesta agli uffici dei Servizi Sociali Territoriali;
- previa richiesta di appuntamento, potrà rivolgersi agli uffici dei Servizi Sociali Territoriali per verificare i dati dichiarati e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, se trattati in violazione di legge;
- Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Lissone.
- Il Responsabile del Trattamento è la Dirigente del Settore Famiglia e Politiche Sociali – dott.ssa Anna Perico;
- L'incaricato del trattamento dati è l'Assistente Sociale _____

Firma leggibile

RICEVUTA
Domanda di ammissione al servizio- Avvio del Procedimento

Con la presente si accusa ricevuta della domanda di ammissione al servizio di:

Assistenza domiciliare	<input type="checkbox"/>	Centro Socio Educativo	<input type="checkbox"/>
Assistenza educativa domiciliare	<input type="checkbox"/>	Ricovero temporaneo	<input type="checkbox"/>
Assistenza Educativa Scolastica	<input type="checkbox"/>	Soggiorno protetto	<input type="checkbox"/>
Pasti	<input type="checkbox"/>	Comunità alloggio disabili	<input type="checkbox"/>
Telesoccorso	<input type="checkbox"/>	Comunità alloggio educativa	<input type="checkbox"/>
Trasporto sociale	<input type="checkbox"/>	Servizi Residenziali Anziani (RSA)	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno Educativo Minori	<input type="checkbox"/>	Servizi Residenziali Disabili (RSD)	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno Integrato	<input type="checkbox"/>	Interventi per emergenza abitativa	<input type="checkbox"/>
Servizio Inserimenti Lavorativi Protetti	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Servizio Formazione Autonomia	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno Disabili	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

presentata da _____

per sé

per conto del sig./sig.ra _____

Il Responsabile del Procedimento è la Dirigente del Settore – dott.ssa Anna Perico

Il referente per la trattazione della istanza è _____

a cui potrà rivolgersi al seguente numero telefonico _____, con l'avvertenza che la pratica sarà definita entro il termine di trenta giorni lavorativi a partire dal ricevimento della istanza medesima.

Luogo e data _____

L'Operatore
