

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di _____

Oggetto: Domanda di voucher sociale per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD/SADH)

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) _____

C H I E D E

l'erogazione di voucher sociale per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD/SADH)
dal _____ al _____ per un monte ore complessivo di _____ ore
settimanali, per conto e a favore di:

(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

- ☐ 1 ora
- ☐ 30 minuti

☐ AIUTO PER LA CURA DELLA PERSONA

- ☐ 1 ora
- ☐ 30 minuti

☐ ASSISTENZA AL PASTO

- ☐ 1 ora
- ☐ 30 minuti

☐ AIUTO PER IL GOVERNO DELL'ALLOGGIO ABITATIVO E ATTIVITA' DOMESTICHE

- ☐ 1 ora
- ☐ 30 minuti

☐ SOCIALIZZAZIONE, VITA DI RELAZIONE E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

- ☐ 1 ora
- ☐ 30 minuti

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: _____

Il beneficiario o chi per esso, identifica l'Ente Gestore per l'erogazione delle prestazioni richieste
(scegliere l'Ente Gestore tra quelli proposti nell'elenco sottostante):

- ☐ Cooperativa sociale Ser.e.n.a
- ☐ Cooperativa sociale Proges
- ☐ Cooperativa sociale KCS

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:

a) che il nucleo familiare del beneficiario è composto come segue:

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

b) 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 comma 1;
 - Art. 3 comma 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 reddito ISEE è di € _____

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;
- ✓ Scheda ADL;
- ✓ Scheda IADL;
- ✓ Scheda di valutazione sociale;
- Altro: _____

(luogo e data) _____ Firma _____

Il modulo per l'attivazione del servizio SAD/SADH può essere compilato dall'assistente sociale del comune di residenza sulla piattaforma Gecas.

*Il nome del modulo di riferimento è: **"Domanda di voucher sociale per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare (SAD/SADH) – 2025"** ed è reperibile all'indirizzo [Domanda di voucher sociale per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare \(SAD/SADH\) - 2025 | GeCaS](#)*

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 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. 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.

(luogo e data)_____ Firma _____