

ENTE CAPOFILA SAN GIORGIO DEL SANNIO  
UFFICIO DI PIANO VIA MAZZINI 1, 82018 San Giorgio del Sannio BN  
Tel. 0824/58214 fax 082458214/0824337270 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it)

Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, San Giorgio del Sannio, San Martino Sannita, San Nazzaro, San Nicola Manfredi, Sant'Angelo a Cupolo, Sant'Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano

## **Modulo per la Richiesta del Servizio di Centro Sociale Polifunzionale semiresidenziale per Disabili**

Ai Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod.fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di: (se stesso, convivente, figlio, conoscente, altro,) \_\_\_\_\_

**Chiede l'Attivazione del Servizio di Centro Sociale Polifunzionale semiresidenziale per Disabili con utilizzo di voucher rilasciati dall'ambito per l'acquisto della prestazione. in favore di:**

- diretto interessato  
per (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

- di essere un cittadino del comune di \_\_\_\_\_ appartenente all'Ambito Territoriale B2;
- di essere un cittadino extracomunitario con regolare permesso di soggiorno;
- di essere un cittadino diversamente abile ai sensi della legge 104/92 con età inferiore ai 65 anni e fuori dall'obbligo scolastico;
- di accettare, ai fini dell'eventuale quota di compartecipazione, il costo riportato in tabella, comprensivo di trasporto.

TIPOLOGIA MODULI	PERMANENZA	VALORE ECONOMICO
Intera giornata (compreso il pasto)	10 ore	Max € 47,73
Part time	4 ore	Max € 30,05

- di aver preso visione del disciplinare per l'erogazione di voucher sociali a favore di soggetti disabili fruitori dei Centri Sociali Polifunzionali
- dichiara di accettare le condizioni di compartecipazione al costo del servizio nella misura prevista dal regolamento dell'Ambito B2, sulla base della propria condizione economica certificata dall'ISEE secondo la seguente formula .

- coloro che non compartecipano al costo perché hanno un ISEE inferiore a euro 15.000,00 (*ISEE min*)
- coloro che pagano l'intero ammontare del costo unitario del servizio perché hanno un ISEE superiore a 30.000,00 euro (*ISEE max*)
- coloro che compartecipano pro-quota al costo unitario del servizio perché hanno un ISEE compreso tra le due soglie precedentemente individuate.

Per gli individui il cui valore dell'ISEE è compreso tra il valore minimo e massimo, il costo che essi dovranno sostenere è pari alla percentuale del costo intero (tariffa intera) che risulta dal seguente rapporto:

$$\text{Compartecipazione} = \frac{\text{isee richiedente} - \text{isee minimo}}{\text{ISEE max} - \text{ISEE min}} \times \text{CU}$$

*compj: compartecipazione*

*CU: costo unitario della prestazione: euro 47,73 intera giornata – euro 30.05 part-time*

Quota di compartecipazione dell'Ambito \_\_\_\_\_

Quota di compartecipazione dell'Utente \_\_\_\_\_ da versare direttamente al centro sociale polifunzionale scelto.

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

1. Certificazione ISEE rilasciata dopo il 15 gennaio 2017;
2. Certificazione rilasciata dal medico di medicina generale sulla complessiva situazione di salute dell'eventuale beneficiario, dal quale si evince che non necessita di assistenza sanitaria continuativa e che nulla osta alla frequentazione del centro
3. Copia della certificazione rilasciata ai sensi della L. 104/92
4. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido
5. Fotocopia del permesso di soggiorno
6. Copia del disciplinare sottoscritto per accettazione

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, l' Ambito B2 e per esso l'Ufficio di Piano, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al Servizio Centro Sociale polifunzionale per disabili semiresidenziale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Spazio riservato al personale dell'Ambito territoriale B2, servizio sociale professionale come proponente e all'ufficio di piano che autorizza l'accesso al servizio.**

LA ASSISTENTE SOCIALE DEL Comune di \_\_\_\_\_

Propone, vista la richiesta di accesso al servizio per l'utente Sig. \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ accessi settimanali previsti, in linea con la redazione di un progetto individuale dell'utente e del n. \_\_\_\_ complessivo di ore di frequenza al centro così strutturato:

N. \_\_\_\_ accessi settimanali

part time

full time

specificare le giornate indicando gli orari nel caso del part-time

	PART-TIME	FULL TIME
LUNEDI	dalle ore _____ alle ore _____	
MARTEDI'	dalle ore _____ alle ore _____	
MERCOLEDI'	dalle ore _____ alle ore _____	
GIOVEDI'	dalle ore _____ alle ore _____	
VENEDI'	dalle ore _____ alle ore _____	
SABATO	dalle ore _____ alle ore _____	

per attività finalizzate :

- al miglioramento della qualità della vita del disabile, promuovendo la sua autonomia e il mantenimento delle relazioni con il contesto esterno;
- alla prevenzione e/o superamento delle condizioni di isolamento e di esclusione sociale;
- all'offerta di un sostegno alle famiglie, per favorire il superamento di situazioni di disagio che potrebbero ripercuotersi su tutti i membri della stessa;
- ad una maggiore partecipazione sociale e l'integrazione dei soggetti disabili;
- alle attività educative e riabilitative.

Quota compartecipazione a carico dell'utente \_\_\_\_\_

Quota compartecipazione a carico dell'Ambito B2 \_\_\_\_\_

Allega: Scheda S.VA.M.DI. all. "C" e documentazione presentata dall'utente.

**Luogo e data**

**L'Assistente Sociale**

**Timbro del Comune**

**Spazio riservato all'Ufficio di Piano**

L'ambito autorizza l'accesso e può determinare anche un numero di accessi settimanali max in considerazione alle risorse disponibili per suddetto servizio.

Si autorizza il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_ a frequentare il centro per n. \_\_\_\_\_ accessi settimanali di cui:

- n. \_\_\_\_ part-time
- n. \_\_\_\_ full time

rilascia n. voucher \_\_\_\_ dell'importo cadauno di € \_\_\_\_\_ quota di compartecipazione dell'Ambito al costo della prestazione sociale.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Il Coordinatore dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale B2  
Dott.ssa Michela Barbato**