

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI MEDIO VOLTURNO C09

AMBITO TERRITORIALE C9

*BELLONA, CAPUA, CALVI RISORTA, CAMIGLIANO,
GIANO VETUSTO, PASTORANO, PIGNATARO MAGGIORE, ROCCHETTA E CROCE, SPARANISE, VITULAZIO*

**AVVISO PUBBLICO
ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI
PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO**

**“ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) A FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI E DISABILI E
INTERVENTI DOMICILIARI DI TUTORAGGIO EDUCATIVO PER IL SOSTEGNO ALLE
RESPONSABILITÀ DELLE FAMIGLIE E PER I DIRITTI DELL'INFANZIA E
DELL'ADOLESCENZA RESIDENTI NEI COMUNI DEL CONSORZIO DEI SERVIZI
SOCIALI DEL MEDIO VOLTURNO C09”**

Il Direttore , in esecuzione della propria determinazione

R E N D E N O T O

nell'ambito dei servizi e degli interventi programmati con i Piani di Zona sono programmati i servizi di “ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) A FAVORE DI SOGGETTI ANZIANI E DISABILI E INTERVENTI DOMICILIARI DI TUTORAGGIO EDUCATIVO PER IL SOSTEGNO ALLE RESPONSABILITÀ DELLE FAMIGLIE E PER I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL' ADOLESCENZA RESIDENTI NEI COMUNI All'uopo è indetta specifica procedura di evidenza pubblica finalizzata all'individuazione dei beneficiari dei servizi predetti. I servizi comprendono l'organizzazione e la realizzazione di interventi socioassistenziali svolti al domicilio dell'utente e nel suo ambiente di vita. Il servizio è rivolto sia a persone parzialmente autosufficienti, sole o prive di adeguata assistenza, sia a persone non autosufficienti. Gli interventi domiciliari di tutoraggio educativo per il sostegno alle responsabilità delle famiglie e per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza sono rivolti a sostenere le famiglie nel compito genitoriale nelle diverse fasi del ciclo di vita e in particolari situazioni di criticità, promuovere misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali, riservando particolare attenzione alle famiglie multi problematiche.

ART. 1 -DESTINATARI E REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono richiedere l'erogazione del servizio:

per il SAD

i cittadini, gli stranieri e/o apolidi residenti in uno dei Comuni del Consorzio C09, con limitata autonomia, che vivono da soli e/o che vivono con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia

- ultra sessantacinquenni fragili con limitata autonomia e/o non autosufficienti;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri con temporanea inabilità;
- utenti dai 18 ai 64 anni con disabilità certificata che determina limitazione dell'autonomia;

PER IL TUTORAGGIO EDUCATIVO E ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE

- nuclei familiari con minori in età compresa fra i 3 e i 18 anni con problemi relazionali, di socializzazione, e comportamentali a rischio di devianza.

Coloro che sono in possesso dei requisiti sopra indicati ed intendono richiedere l'assegnazione dei Voucher sociali per il servizio di interesse, devono presentare domanda a mezzo posta elettronica certificata, al proprio Comune di residenza;

ART. 2 - MODALITÀ DI EROGAZIONE

Il servizio è erogato attraverso l'assegnazione di buoni/voucher sociali, con le modalità stabilite in apposito Regolamento, denominato “Regolamento per il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e per il

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI MEDIO VOLTURNO C09

AMBITO TERRITORIALE C9

*BELLONA, CAPUA, CALVI RISORTA, CAMIGLIANO,
GIANO VETUSTO, PASTORANO, PIGNATARO MAGGIORE, ROCCHETTA E CROCE, SPARANISE, VITULAZIO*

Servizio di tutoraggio educativo attraverso l'erogazione di buoni servizio o voucher sociali", approvato nella seduta del CdA del 15.05.2026 .

Il buono/voucher può essere utilizzato solo presso gli operatori iscritti all'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI sezione "Assistenza domiciliare" accreditati dal Consorzio C09 .

L'accesso al servizio avviene attraverso la predisposizione di progetti personalizzati che, sulla base della valutazione socio-assistenziale, attribuisce un monte ore settimanale entro i massimali stabiliti dal Regolamento, in relazione al bisogno del singolo richiedente.

Le prestazioni domiciliari saranno garantite fino al 30 giugno 2028, salvo eventuali economie di servizio e proroghe sulla base delle disponibilità finanziarie.

ART. 3 - VALORE DEI BUONI/VOUCHER E COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENTE

Il voucher ha un valore orario ed è pari, al lordo della compartecipazione se dovuta, per il servizio SAD, ad € 22,99 comprensivo di IVA e per il servizio Tutoraggio educativo € 25,25 comprensivo di IVA. Detto valore comprende il costo del personale destinato ai servizi (OSA/OSS per il SAD e Educatore professionale per il Tutoraggio educativo e Assistenza alla famiglia), il coordinamento, le spese generali, inclusi gli oneri per la sicurezza, nonché tutte le spese connesse alle prestazioni in esame. In caso di compartecipazione, si applica l'apposito regolamento del Consorzio. I PAI, completi anche della definizione della quota di compartecipazione, sottoscritti dall'utente e/o familiare o tutore di riferimento, unitamente al modello di domanda ed ai relativi allegati sono trasmessi a cura del servizio sociale professionale agli uffici del Consorzio per la consegna del servizio al soggetto accreditato scelto dall'utente.

ART. 4 -MODALITA' DI ACCESSO ED AMMISSIONE

Le modalità di accesso ed ammissione al servizio sono indicate all'art. 4 del "Regolamento per il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e per il Servizio di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari attraverso l'erogazione di buoni servizio o voucher sociali".

Le domande, da redigere utilizzando il modello A, allegato al presente avviso, dovranno essere indirizzate al proprio Comune di residenza e dovranno pervenire entro e non oltre le **ore 12:00 del giorno 20.06**, specificando nell'oggetto "DOMANDA DI FRUIZIONE SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE" oppure "DOMANDA DI FRUIZIONE SERVIZIO TUTORAGGIO EDUCATIVO e ASSISTENZA alla famiglia "

Alla suddetta domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

per il SAD:

1. certificazione ex L. 104/92 e/o invalidità civile e/o certificazione rilasciata da struttura pubblica o dal MMG attestante la non autosufficienza o una delle condizioni su citate;
2. dichiarazione attestante di usufruire o di non usufruire di servizi socio sanitari residenziali, semi residenziali, assegno di cura;
3. attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
4. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente, se diverso;
5. ogni altra documentazione ritenuta utile.

Per il Tutoraggio educativo:

1. stato di famiglia
2. attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
3. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente, se diverso;
4. ogni altra documentazione ritenuta utile.

Il termine e l'ora sopra specificati sono PERENTORI per la prima valutazione delle istanze. Le istanze presentate oltre il suddetto termine potranno essere valutate, nel caso di eventuali proroghe del servizio in esame oltre il vigente termine fissato al 20.06.2026 .

L'accesso al servizio scelto, previa valutazione del servizio sociale in ordine alla sussistenza dei requisiti di partecipazione dichiarati nella istanza, è subordinato ad una preventiva valutazione sociale per la verifica del bisogno e la sussistenza dei requisiti e/o condizioni di eleggibilità:

1. ridotta autosufficienza temporanea o protratta. La sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica, e possibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata mediante uso di apposita scala di valutazione (S.Va.M.A/S.V.a.M.D.I . sociale e sanitaria);

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI MEDIO VOLTURNO C09

AMBITO TERRITORIALE C9

*BELLONA, CAPUA, CALVI RISORTA, CAMIGLIANO,
GIANO VETUSTO, PASTORANO, PIGNATARO MAGGIORE, ROCCHETTA E CROCE, SPARANISE, VITULAZIO*

2. necessità di assistenza esclusivamente primaria. Occorre verificare l'assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;

3. possibilità di garantire, per quanto possibile, un idoneo supporto alla persona. Occorre accertarsi della presenza del nucleo familiare o, in caso di assenza o non totale garanzia di supporto, della possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (volontariato sociale e/o privato, ecc.) o di prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico in grado di prendersi cura del soggetto;

4. idoneità delle condizioni abitative o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza. Tale idoneità dovrebbe essere rilevata mediante la scheda di valutazione sociale standardizzata (Scheda SVAMA) che valuti la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc.

per il tutoraggio educativo

1. sussistenza di problemi relazionali, di socializzazione, e comportamentali a rischio di devianza dei minori in età compresa fra i 3 e i 18 anni all'interno di un nucleo familiare multiproblematico o in situazioni di disagio e precarietà .

Le istanze pervenute saranno istruite a cura degli uffici del Consorzio e l'assistente sociale territorialmente competente che verificheranno la sussistenza dei requisiti di partecipazione , stilando l'elenco degli ammessi e l'elenco dei non ammessi con motivazione dell'esclusione .

per i soli cittadini ammessi sarà effettuata l'istruttoria e la valutazione dell'istanza ai sensi dell'art. 6 del regolamento per il servizio di assistenza domiciliare socio- assistenziale e per il servizio di Tutoraggio educativo assegna il relativo punteggio.

Le comunicazioni di accesso al servizio o di diniego sono effettuate al cittadino richiedente da parte del competente servizio sociale.

Art. 5 - SOSPENSIONE, DECADENZA O REVOCA DELL'AVVISO

Il consorzio C09 si riserva la facoltà di:

- prorogare il termine ultimo per la presentazione delle istanze.
- chiedere eventuali integrazioni e/o ulteriori informazioni utili alla valutazione delle domande pervenute;
- revocare, annullare o sospendere, a insindacabile giudizio dell'Ente, per motivate esigenze e motivi sopraggiunti, il presente avviso.

Art. 6 - TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati di cui il Consorzio C09 entrerà in possesso a seguito del presente avviso saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del Decreto Legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i, esclusivamente per le finalità attinenti all'attuazione del presente intervento. Il titolare del trattamento è il Consorzio C09. L'informativa dettagliata sull'uso dei dati personali è disponibile in calce al modello di domanda e deve essere sottoscritta per presa visione e consenso.

Art. 7- ACCESSO ALLE INFORMAZIONI E RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Tutte le informazioni relative all'Avviso possono essere reperite al seguente Link:

- Albo Pretorio: <https://consorziodelmediovolturmo.soluzionipa.it/openweb/albo.pretorio.php>
- Amministrazione Trasparente: <https://consorziomediovolturmo.soluzionipa.it/openweb/trasparenza/>

ART. 8 - ULTERIORI INFORMAZIONI

Per ulteriori informazioni ovvero per ricevere assistenza nella compilazione della domanda è possibile rivolgersi **ai Servizi sociali** presenti nei Comuni territorialmente competenti in base alla residenza del richiedente.

ART. 9- NORME DI RINVIO E FORO COMPETENTE

Per tutto quanto non previsto nel presente Avviso si rinvia, in quanto applicabile, alla vigente normativa europea e nazionale. Per eventuali controversie relative al presente Avviso è competente il Foro di Santa Maria Capua Vetere.

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI MEDIO VOLTURNO C09



AMBITO TERRITORIALE C9

*BELLONA, CAPUA, CALVI RISORTA, CAMIGLIANO,
GIANO VETUSTO, PASTORANO, PIGNATARO MAGGIORE, ROCCHETTA E CROCE, SPARANISE, VITULAZIO*

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI DEL MEDIO VOLTURNO C09 - A05N418 - REG_PROT - 0001107 - Uscita - 28/05/2026 - 17:10

**CONTRATTO
PER LA FORNITURA DI INTERVENTI
DI ASSISTENZA DOMICILIARE
TRA UTENTE E ORGANISMO ACCREDITATAO**

L'anno _____, il giorno _____ del mese di _____ in _____

TRA

Il/La Sig./ra, _____ nato a _____

Il _____ residente in _____ alla Via _____

N _____ C.F. _____ Tel _____

in qualità di:

- diretto interessato;
- Tutore/Amministratore di Sostegno;
- Familiare;

E

la, _____ in persona del legale
rappresentante pro tempore Sig. _____ con sede in

_____ in Via _____

n. _____ P.IVA _____

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

1. La _____ di seguito indicata anche semplicemente *ditta fornitrice*, si impegna a fornire al/la Sig./ra _____ le prestazioni degli interventi/servizi assistenziali domiciliari indicati nel piano assistenziale personalizzato e/o nel piano educativo individualizzato attraverso l'impiego delle seguenti figure professionali:

- OSA (Servizi SAD Anziani e Disabili);
- Educatore professionale (Servizio Tutoraggio Educativo/Assistenza alle famiglie).

Per le sopra descritte forniture il/la Sig./Sig.ra _____ è tenuto/a al pagamento diretto, a favore della ditta fornitrice, dei seguenti importi orari di € _____ IVA compresa (se previsto nel PAI/PEI specificare sia costo orario feriale che festivo).

Il pagamento dovrà essere effettuato con i seguenti tempi e modalità:

I versamenti delle quote di compartecipazione, verranno effettuati sulla base delle ore di prestazioni effettivamente fruita.

Tali quote orarie dovranno essere corrisposte alla ditta fornitrice anche per le ore in cui il beneficiario dovesse risultare assente dall'abitazione senza averne data opportuna comunicazione entro le 24 ore antecedenti.

Il caso di mancato pagamento entro i termini sopra indicati saranno interessati il Servizio Sociale di residenza e il Consorzio per la sospensione del servizio. Lo stesso potrà essere riattivato soltanto se la regolarizzazione del pagamento avverrà entro un mese dalla sospensione diversamente verrà revocato.

Per la fornitura dei seguenti interventi/servizi aggiuntivi non autorizzati del Consorzio C09 si conviene:

Per le sopra descritte forniture aggiuntive il/la Sig./Sig.ra _____ è tenuto/a al pagamento diretto, a favore della ditta fornitrice, dei seguenti importi orari di € _____ IVA compresa.

2. La ditta fornitrice, premesso che dichiara di conoscere ed accettare incondizionatamente, in forza della condizione di soggetto iscritto al Registro dei soggetti gestori dei servizi alla persona del Consorzio, tutte le prescrizioni, obblighi, oneri e vincoli, esplicitati negli atti approvati per regolare il modello gestionale del servizio assistenza domiciliare con D.D. n. del..... che s'intende qui recepita in ogni sua parte e il cui contenuto è parte integrante e sostanziale del presente accordo, si impegna ed obbliga a fornire gli interventi di cui al capitolato con l'osservanza puntuale delle prescrizioni, oneri e comportamenti previsti nel citato documento ed in particolare:

- ad erogare gli interventi nel rispetto delle fasce orarie individuate nel luogo, giorno, ora e modalità indicati nel PAI/PEI;
- a garantire, nei limiti del possibile, la continuità soggettiva del personale impiegato negli interventi socioassistenziali e/o socioeducativi previsti dal PAI/PEI;
- ad informare il beneficiario della prestazione con un preavviso di almeno 60 giorni qualora intenda recedere dall'accREDITAMENTO;
- a garantire, nell'ipotesi di revoca dell' "accREDITAMENTO", lo svolgimento degli interventi di cui al presente contratto per i 15 giorni successivi al ricevimento della relativa comunicazione da parte del Consorzio dei Servizi sociali del Medio Volturno C09;
- a rispettare integralmente e puntualmente le prescrizioni, gli obblighi prescritti nei confronti dell'utenza e del Consorzio

3. Il/la Sig./Sig.ra _____ si obbliga:

- a dare comunicazione alla ditta fornitrice e al servizio sociale referente della necessità di una sospensione dell'intervento/servizio entro le 24 ore antecedenti. Per questo periodo di interventi non resi, nessun corrispettivo spetta alla ditta fornitrice. Nel caso in cui non venga rispettato il termine sopraindicato, l'utente o chi sottoscrive il presente contratto si dovrà far carico del pagamento della spesa degli interventi previsti e non realizzati per mancato preventivo avviso al soggetto erogatore;
- a comunicare, entro il termine di giorni 10 decorrenti dalla stipulazione del presente contratto, uno o più recapiti telefonici presso cui reperire i familiari o le persone alle quali la ditta fornitrice si potrà rivolgere in caso di necessità;
- a corrispondere direttamente al soggetto erogatore la quota di compartecipazione al costo del servizio come specificato al punto 1 del presente contratto.

4. La ditta fornitrice, nei casi in cui il personale addetto, presentandosi a casa dell'utente, secondo il progetto degli interventi assistenziali/educativi concordati, ne rilevi l'assenza, si obbliga ad informare immediatamente il servizio sociale referente, che si attiverà per verificare i motivi di tale assenza e dell'impedimento all'attuazione degli interventi previsti. In caso di omessa comunicazione al servizio sociale dell'assenza dall'abitazione del cittadino-utente, la ditta fornitrice non ha il diritto al pagamento da parte del Consorzio degli interventi non resi per la quota a carico di quest'ultimo.

5. Il presente contratto decorrere dalla data di sottoscrizione del presente atto tra utente e ditta fornitrice, (data di avvio dell'intervento) ed ha la durata indicata nello stesso e nella scheda di attivazione del servizio di assistenza domiciliare.

Eventuali integrazioni o modifiche che possono essere introdotte dovranno essere ricomprese nel PAI/PEI e dovranno essere autorizzate dal Consorzio con la sottoscrizione di un nuovo allegato

previo invio da parte del servizio sociale referente della scheda di variazione del servizio di assistenza domiciliare.

Modifiche riduttive alla durata del progetto non determinano alcun diritto per il soggetto erogatore ad ottenere risarcimenti o ristori di qualunque genere e natura.

6. Al/alla sig./sig.ra _____ è riconosciuto il pieno diritto di recedere, a sua totale discrezione, in qualsiasi momento dal presente contratto con un preavviso di giorni 15 lavorativi, mediante posta certificata al seguente indirizzo: _____ consorziodelmediovoltur noc09@pec.it senza che la ditta fornitrice possa vantare compensi ed indennizzi di sorta. Nessun diritto di recesso è riconosciuto alla ditta fornitrice, salvo che sia dimostrato che il recesso sia motivato da comportamenti scorretti da parte dell'utente, in questo caso la ditta fornitrice deve dare preavviso di almeno 15 giorni.

7. La ditta fornitrice e la parte contraente si impegnano a trasmettere, immediatamente dopo la sottoscrizione del presente contratto, copia dello stesso al Servizio Sociale referente per gli adempimenti necessari all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare.

Il contraente

La Ditta Fornitrice

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 C.C., la ditta fornitrice dichiara di accettare ed approvare gli oneri, le condizioni, gli obblighi e le clausole onerose, previste ed indicate nel presente contratto.

ALLEGATO 1

MODELLO DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO "ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE A FAVORE DI ANZIANI E DISABILI CON LIMITATA AUTONOMIA E/O NON AUTOSUFFICIENTI**AL CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIALI DEL MEDIO VOLTURNO C09**

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ cellulare _____ email _____

CHIEDE

l'assegnazione di buoni/voucher sociali per la fruizione del Servizio "Assistenza domiciliare socio-assistenziale" a favore di:

- se stesso
- (*indicare Cognome e Nome*) _____ in qualità di (*specificare* tutore, coniuge, genitore, figlio, fratello, altro) _____

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

che il beneficiario (Nome e Cognome) _____

1. è nato a _____ il ____ / ____ / ____ Codice Fiscale _____,
2. è residente nel Comune di _____ alla via _____
(*barrare con una X le dichiarazioni che interessano*)
3. è un cittadino con età superiore ai 65 anni;
4. è un cittadino con età superiore ai 65 anni extracomunitario con regolare permesso di soggiorno;
5. è un cittadino con età superiore ai 65 anni (*altro specificare*) _____
6. diversamente abile in possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92;
7. è un invalido civile al ____% con senza indennità di accompagnamento;
8. è affetto dalla seguente patologia: _____

_____, come da certificazione allegata rilasciata da _____;
9. non è autosufficiente sulla base della certificazione allegata rilasciata da _____;
10. non usufruisce usufruisce di servizi socio sanitari residenziali (*in caso positivo specificare* _____)
11. non usufruisce usufruisce di servizi socio sanitari semiresidenziali (*in caso positivo specificare* _____)
12. non usufruisce usufruisce di assegno di cura;
13. ha preso visione dell'avviso per l'erogazione di voucher sociali a favore di anziani e disabili non autosufficienti per la fruizione del Servizio di Assistenza Domiciliare Non Integrata e di accettarne il contenuto;
14. ha preso visione del "Regolamento per la definizione della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi sociali" del Consorzio C09 e di accettarne il contenuto;
15. ha preso visione del "Regolamento per il Servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale attraverso l'erogazione di buoni servizio o voucher sociali";
16. è consapevole che l'eventuale quota di compartecipazione sarà comunicata dal Servizio Sociale Professionale in sede di redazione e condivisione del PAI;

17. è consapevole che il mancato pagamento della quota di compartecipazione dovuta comporta la sospensione del servizio a partire dal mese successivo a quello di competenza.

Si allegano:

1. certificazione ex L. 104/92;
2. invalidità civile;
3. certificazione rilasciata da struttura pubblica attestante la non autosufficienza o una patologia invalidante;
4. certificazione del MMG attestante la ridotta autosufficienza temporanea o protratta, o fragilità tale da compromettere l'autonomia nelle azioni di vita quotidiana;
5. attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
6. fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario e del richiedente se diverso;
7. ogni altra documentazione ritenuta utile (specificare) _____

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)
Da sottoscrivere per presa visione e consenso

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

▪ **Titolare e responsabile del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Consorzio dei servizi sociali e socio-sanitari C09, nella persona del Direttore Generale Dott.ssa Cecere Erminia

▪ **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

▪ **Finalità e liceità del trattamento**

Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'espletamento del servizio.

▪ **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.

▪ **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Consorzio e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti terzi per l'adempimento degli obblighi di legge.

▪ **Trasferimento dei dati personali**

I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

▪ **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**

Il Consorzio non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.

▪ **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- c) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- d) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali;
- e) ottenere la rettifica dei dati;
- f) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo : _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)

Il/La _____

sottoscritto/a

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del procedimento di cui al presente Avviso pubblico.

Data, _____

Firma del dichiarante _____

Spazio riservato al Servizio Sociale Professionale

L'ASSISTENTE SOCIALE _____ del
Comune di _____, letta l'istanza prot. n. _____ del _____, a
seguito della relativa istruttoria

dichiara non ricevibile l'istanza per la seguente motivazione

_____ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

OPPURE

dichiara il possesso dei requisiti di accesso di cui all'art 1 dell' AVVISO PUBBLICO ASSEGNAZIONE DI BUONI/VOUCHER SOCIALI PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO "ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA, prende in carico il beneficiario (specificare nome e cognome) _____ e procedere ad effettuare gli adempimenti di competenza per la valutazione del bisogno i cui esiti sono allegati alla presente scheda.

Si allega:

- Scheda S.VA.M.A. sociale – all. C;
- Domanda e relativi allegati.

Luogo e data _____

Assistente Sociale

Spazio riservato al Servizio sociale professionale

L'ASSISTENTE SOCIALE _____ del Comune di _____

_____, letta l'istanza prot. n. _____ del _____, a seguito della relativa istruttoria

dichiara non ricevibile l'istanza per la seguente motivazione _____ e provvede a comunicare al richiedente e/o beneficiario detto esito;

OPPURE

prende in carico il beneficiario (nome e cognome) _____, con la compilazione della S.Va.M.A. e con la redazione del seguente progetto assistenziale individualizzato – PAI –

PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

1. Visto il punteggio degli indicatori - S.Va.M.A. pari a _____, chiede l'assegnazione di N. _____ ore settimanali da espletarsi secondo il seguente mansionario

PRESTAZIONI DI CURA ALLA PERSONA	TEMPO PREVISTO	ATTIVITÀ LEGATE ALLA PRESTAZIONE	GIORNO	FASCIA ORARIA
Aiuto ad alzarsi dal letto (semplice/complesso)	max 60'	Igiene della persona, vestizione e cambio della biancheria, postura e mobilizzazione anche associate all'uso di ausili e protesi, rifacimento del letto e cambio al bisogno della biancheria, riordino camera e bagno		
Posizionamento a letto (semplice/complesso)	max 60'	Igiene della persona, vestizione, rimessa a letto, riordino materiale usato, riordino camera bagno		
Bagno (semplice/complesso)	max 50'	Preparazione e riscaldamento dell'ambiente, provvedere/aiutare/controllare (in relazione al grado di complessità) nella svestizione e vestizione, nel lavaggio di tutta la persona compresi capelli e barba. Riporre la biancheria e detergere il materiale usato e riordinare il bagno.		
Igiene personale ordinaria (semplice/complessa)	max 30'	Igiene viso, orecchie, collo, mani, ascelle, parti intime, pannolone (se utilizzato), igiene orale, cambio biancheria e indumenti al bisogno, aiuto nel vestirsi, riassetto di quanto utilizzato.		
Aiuto nell'assunzione o somministrazione dei pasti – pranzo/cena (semplice/complesso)	max 40'	Preparazione e riassetto tavola o vassoio se persona allettata, preparazione o accompagnamento persona, aiuto nell'assunzione o somministrazione pasto.		
Preparazione e assunzione dei pasti – pranzo/cena (semplice/complesso)	max 60'	Preparazione del pasto in osservanza delle eventuali prescrizioni del medico di famiglia e/o di altro specialista, aiuto nell'assunzione, controllo stato di conservazione del cibo, riordino delle stoviglie e cucina.		
Aiuto nella deambulazione	max 60'	Accompagnamento e sostegno nella deambulazione all'interno delle mura domestiche e/o all'esterno.		
Pulizia ordinaria dell'ambiente di vita	max 120'	Riordinare la cucina, camera da letto, bagno, rifare il letto, cambio biancheria. Pulizia e igiene del piano cottura, lavandini, sanitari, pavimenti, vetri, detergere gli strumenti usati e riporli. Lavare, stirare e riordinare gli indumenti personali e biancheria della casa.		
Pulizia straordinaria dell'ambiente di vita	max 120'	Pulizia approfondita e accurata della casa a cadenza programmata (mensile, trimestrale, semestrale) prevedendo il riordino armadi e cassetti, cambio stagione, spolveratura mobili e pareti, pulitura frigorifero, riordino e selezione degli oggetti e materiali da conservare o eliminare.		

Spesa e piccole commissioni	max 40'	Spesa giornaliera e piccole commissioni, escluso delega al ritiro della pensione.		
Supporto alla vita di relazione ed alle attività esterne	max 120'	Accompagnamento e stimolo a partecipare ad attività esterne ricreative, culturali, associative.		
Accompagnamento esterno	max 120'	Accompagnamento presso scuole, strutture sociali e sanitarie, ubicate nel territorio di competenza del Consorzio e limitrofo, ma senza l'utilizzo di mezzi privati.		

2. DURATA del PAI presumibilmente dal _____ al _____
3. Data presunta di REVISIONE del PAI _____
4. Valore del voucher € _____, DI CUI € _____ a carico dell'utente da versare direttamente all'ente accreditato ed € _____ (Valore del BUONO/voucher) a carico del Consorzio C09 : € _____
5. Soggetto accreditato dal Consorzio C09 scelto dall'utente _____
6. Operatore O.S.S. O.S.A.

Si allega:

- Scheda S.VA.M.A. sociale;
- Domanda e relativi allegati.

Luogo e data _____

Assistente Sociale

Per accettazione Utente/Familiare/Tutore

Il presente PAI unitamente agli allegati viene trasmesso all'ufficio di piano a cura del servizio sociale competente in data _____ tramite pec.

Luogo e data _____

Assistente Sociale

Spazio riservato all'Ufficio _____ del Consorzio C09

Si autorizza il sig./la sig.ra _____ ad usufruire del servizio assistenza domiciliare sociale per cittadini con disabilità con prestazioni offerte dal soggetto accreditato _____ per n. _____ ore settimanali, secondo il calendario elaborato nel PAI dal _____ al _____, con valore del voucher pari ad € _____ a carico del Consorzio C09 e quota di compartecipazione oraria al costo della prestazione sociale a carico dell'utente pari a € _____ da versare direttamente al soggetto accreditato .

Luogo e data _____

La Coordinatrice o suo delegato

Per accettazione e consegna del servizio in data _____

Per il Soggetto accreditato _____