



DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

presenta **Domanda di accesso al Servizio sopra indicato**, ritenendo di essere in possesso dei requisiti previsti dal "Regolamento sui criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario [art.10, comma 2 lett. e) punto 2) L. R. 11/07]" e dal Regolamento relativo al Servizio, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, **dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):**

REQUISITO	PUNTEGGIO
Composizione del Nucleo Familiare: 1.1 - Nucleo familiare monogenitoriale , in cui l'unico genitore risulti ragazza/o madre/padre (cfr. circolare I.N.P.S. n. 8 del 17.01.2003), vedova/o, separata/o con decreto del Tribunale, divorziata/o: <input type="checkbox"/> unico genitore occupato; <input type="checkbox"/> unico genitore non occupato.	20 18
1.2 - Nucleo familiare monogenitoriale , in cui siano presenti l'unico genitore ragazza/o madre/padre (cfr. circolare I.N.P.S. n. 8 del 17.01.2003), vedova/o, separata/o con decreto del Tribunale, divorziata/o e altri adulti, risultanti dallo stato di famiglia , aventi o meno vincolo di parentela con il minore: <input type="checkbox"/> unico genitore occupato; <input type="checkbox"/> unico genitore non occupato.	18 16
1.3 - Nucleo familiare in cui siano presenti entrambi i genitori, anche se non risultanti dallo stesso stato di famiglia: <input type="checkbox"/> genitori entrambi occupati; <input type="checkbox"/> genitori di cui uno non occupato; <input type="checkbox"/> genitori entrambi non occupati.	18 10 6
Bambini che già accedano al Servizio.	20
Bambini diversamente abili e/o con patologie certificate, di cui all'art. 2, comma 4, del presente Regolamento.	20
Bambini in "affido pre-adottivo", oppure in "affidamento familiare".	12
Bambini che abbiano fratelli/sorelle di età inferiore ai 14 anni.	1 (per ciascun fratello/sorella)
Bambini gemelli, per cui si richieda l'accesso al Servizio.	3 (per ciascun gemello)
Bambini la cui madre sia in stato di gravidanza.	3
Nucleo familiare in cui siano presenti persone con invalidità, certificata, non inferiore al 74%.	4
Relazione del servizio sociale Per le situazioni reali di disagio psico-socio-sanitario-educativo-ambientale, non prevedibili dai sopraccitati parametri, in seguito ad indagine sociale, formalizzata in idonea relazione del servizio sociale professionale competente per territorio	Da 1 a 5

Luogo e data: _____ , ___ / ___ / _____

Firma del Destinatario

Eventuale firma del Segnalante



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE/RIFIUTO DEL SERVIZIO E CONTRATTO DI PRESA IN CARICO

Prot. N. ----

Del --/--/----

Al Sindaco del Comune di _____

Al Direttore dell'Azienda Speciale Consortile
c/o l' Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____ in qualità di:

- Destinatario del Servizio;
- Esercente la tutela del destinatario (nome e cognome) _____
*nel caso di esercente la tutela indicare anche il nome del destinatario del servizio sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che in data odierna

- ✓ gli/le è stato comunicato che ha diritto all'accesso al Servizio _____ in seguito a presentazione di domanda utilmente collocata in graduatoria;
 - ✓ ha condiviso il Piano d'Intervento Individualizzato per l'erogazione del Servizio, consistente, tra l'altro, in _____ Numero totale di ore settimanali,
 - ✓ è stato edotto/a dal fatto che ogni variazione al Piano d'Intervento Individualizzato deve essere richiesta al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona, il quale provvede a valutare ed eventualmente autorizzare, nonché a formalizzare, l'eventuale variazione del Piano d'Intervento Individualizzato ed a comunicarlo agli eventuali Prestatori ;
 - ✓ è stato informato/a che è tenuto/a a partecipare alla spesa prevista per l'erogazione del Servizio nella misura di _____ sul Piano d'Intervento Individualizzato;
 - Di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa a proprio carico dovrà essere versata attraverso la piattaforma tecnologica **PagoPA**, collegandosi al sito **www.aspspenisolasorrentina.it**, entro l'ultimo giorno del mese di riferimento.
 - Di essere consapevole del fatto che l'erogazione delle prestazioni previste dal Servizio sono subordinate all'effettiva partecipazione alla spesa, se prevista, e che la mancata partecipazione alla spesa comporta la sospensione delle prestazioni.
 - Di essere informato e di accettare le condizioni di erogazione del Servizio, così come definite dal Regolamento "Criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario", dal Regolamento "Voucher sociale per l'acquisto delle prestazioni sociali", dal Regolamento relativo al Servizio, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.
 - Di essere informato e di accettare il fatto che le prestazioni di cui al presente contratto possono essere sospese e/o interrotte qualora i relativi finanziamenti non risultino effettivamente disponibili nei bilanci di riferimento; di tale evento non è responsabile l'Azienda Speciale Consortile "Penisola Sorrentina".
- Sulla base di quanto dichiarato, il/la sottoscritto/a (contrassegnare la scelta con una X):

Regione Campania

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona "Penisola Sorrentina" – ex L. 328/00 – L.R. 11/07

Comuni Associati: Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Vico Equense – Ente partner: A.S.L. Napoli 3 Sud

C. F. 09025691214 – Sede dell'Azienda Speciale Consortile: Via degli Aranci n.41, 80067 Sorrento NA

Tel. 081 878 55 42 ; Fax. . 081 8073907; pec: asps-penisolasorrentina@pec.it; e-mail: pszn33@gmail.com .it; sito web: www.aspspenisolasorrentina.it

Facebook: Piano Sociale di Zona Ambito Territoriale Napoli Trentatré - Twitter: Pszn33



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE/RIFIUTO DEL SERVIZIO E CONTRATTO DI PRESA IN CARICO

ACCETTA RIFIUTA

l'erogazione del Servizio.

A decorrere dal _____ e fino al _____

Firma del destinatario
o esercente la tutela

Luogo e Data, _____, ___ / ___ / ____.

Nel caso di rifiuto, con la presente il Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali attesta semplicemente tale volontà.

Firma del Responsabile Ufficio Servizi Sociali

Luogo e Data, _____, ___ / ___ / ____.

Lo/la stesso/a dichiarante, inoltre,

SI IMPEGNA

- Ad assumere la piena e completa responsabilità in merito alla sottoscrizione dei documenti in cui, in qualità di fruitore di una prestazione pubblica, attesta la regolare avvenuta esecuzione della prestazione stessa.
- A comunicare tempestivamente al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona presso il proprio Comune di residenza, criticità, inadempienze e quant'altro ritenuto utile, relativo alla prestazione erogata.
- Ad autorizzare, con la sottoscrizione del presente contratto, l'Ufficio Servizi Sociali a realizzare tutti i procedimenti necessari alla completa presa in carico della propria domanda d'accesso ai servizi, ai sensi della vigente normativa, con particolare riferimento alle funzioni del servizio sociale professionale.
- Per i soli servizi per i quali il cittadino può scegliere tra più prestatori gestori dei servizi, occorre che lo stesso sottoscriva l'allegato "consenso al trattamento dei dati con finalità informative e promozionali"

Firma del destinatario
o esercente la tutela

Luogo e Data, _____, ___ / ___ / ____.



Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE/RIFIUTO DEL SERVIZIO E CONTRATTO DI PRESA IN CARICO

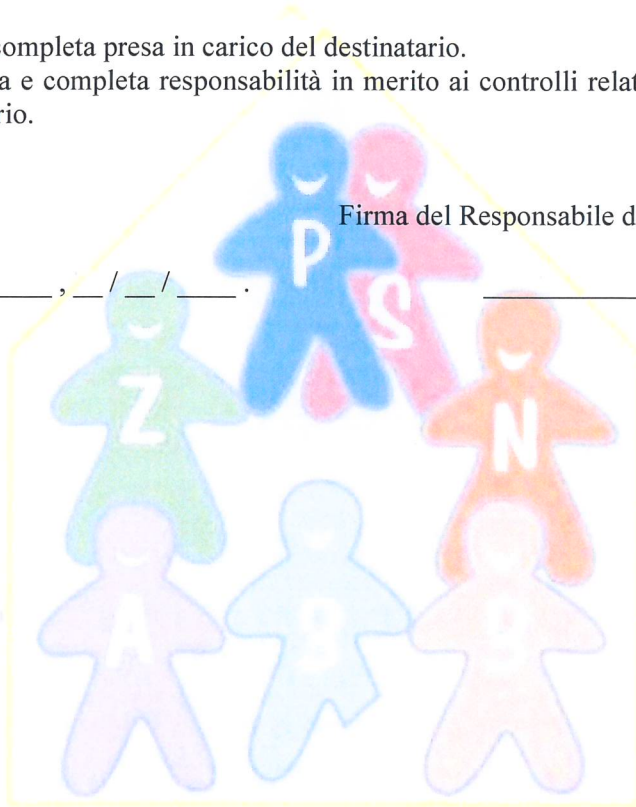
Il Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona presso il Comune di _____, alla luce dell'istruttoria e dei procedimenti amministrativi relativi alla domanda d'accesso ai servizi, nonché a quanto sopra dichiarato dal cittadino-utente o esercente la tutela, con la sottoscrizione del presente contratto

SI IMPEGNA

- Ad effettuare la più completa presa in carico del destinatario.
- Ad assumere la piena e completa responsabilità in merito ai controlli relativi alla sottoscrizione dei documenti da parte destinatario.

Firma del Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali

Luogo e Data, _____, ____ / ____ / ____.





**Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona
"Penisola Sorrentina"**

**CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI CON FINALITA'
INFORMATIVE E PROMOZIONALI**

Il/La Sottoscritto /a _____

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

i Prestatori gestori delle Prestazioni, iscritti al "Albo dei prestatori accreditati per l'erogazione di prestazioni sociali sottoforma di titoli d'acquisto (Voucher Sociali per l'Ambito Territoriale Napoli Trentatrè)", ad utilizzare i seguenti dati con finalità informative e promozionali dei servizi da essi forniti.

NOME _____ COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

TEL./ CELL. _____ EMAIL _____

ALTRO _____

N.B. Il destinatario può, in qualsiasi momento, richiedere di non essere più contattato dai Prestatori gestori delle Prestazioni, ai quali sono stati forniti i succitati dati, recandosi esclusivamente presso l'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona del proprio Comune di Residenza.

Firma del Destinatario

Luogo e Data, _____, __ / __ / ____ . _____