



Comune di Bari

Al Direttore della Ripartizione Servizi alla persona
Al Direttore Municipio n. _____

Il sottoscritto, per se stesso o in qualità di genitore, tutore, amministratore di sostegno, curatore, ovvero parente entro il terzo grado della persona sotto indicata, per la quale è richiesto l'intervento,

CHIEDE

**DI POTER ACCEDERE AL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI BARI CON LE MODALITA' DI CUI ALLA VIGENTE
NORMATIVA USUFRUENDO DEL SEGUENTE INTERVENTO:**

PRESTAZIONE DOMICILIARE:	indicare la prestazione richiesta
PRESTAZIONE RESIDENZIALE:	indicare la prestazione richiesta
PRESTAZIONE SEMIRESIDENZIALE:	indicare la prestazione richiesta
ALTRE PRESTAZIONI:	indicare la prestazione richiesta

A TAL FINE,

informato sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché sulle conseguenze previste dall'art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA, AI SENSI DEGLI ARTT. 4, 5, 46, 47 DEL DPR 445/2000 e s.m.i.:



Comune di Bari

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI RELATIVI ALLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO L'INTERVENTO

(cognome) _____ (nome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

★ **Stato civile:** Celibe/Nubile Coniugato/a Vedovo/a Separato/a Divorziato/a Convivente

★ **Cittadinanza:** Italiana Comunitaria Extracomunitario in possesso della carta/permesso di soggiorno **si** **no**

Rifugiato politico o Apolide

★ **Situazione lavorativa:** Occupato/a Disoccupato /a Inoccupato/a altro

★ **Già in carico al Servizio sociale professionale:** si no Ripartizione Municipio.....

★ **Presenza di altri componenti con disabilità nel nucleo :** si no

★ **Un componente del nucleo familiare è beneficiario del SIA/REI/RED/Reddito di Cittadinanza :** si no
dal..... al..... Beneficiario Sig/Sig.ra..... importo mensile €.....

QUADRO B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Stato Civile(1)	Relazione parentale(2)	Università/Scuola e classe frequentata (3)

1 Celibe/Nubile - Coniugato/a -Vedovo/a -Separato/a – Divorziato/a,Convivente;

2 Coniuge-Figlio/a-Convivente-Sorella/Fratello;

3 Per studenti



QUADRO C - CONDIZIONE DI DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENZA DELLA PERSONA PER CUI E' RICHIESTO L'INTERVENTO

Riconosciuto con verbale definitivo, in corso di validità, dalla Competente Commissione Sanitaria

- invalido al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento;
 - invalido al 100% con attestazione della necessità di assistenza continua o impossibilità di autonoma deambulazione;
 - disabile in condizione di handicap grave (riconosciuta ai sensi della legge 104, art.3, co.3);
 - invalido con percentuale d'invalidità dal 74 al 100%: (specificare _____)
- ovvero,
- persona in condizione di grave non autosufficienza, specificare certificazione dalla quale risulta tale condizione _____;
 - disabile ultrasessantacinquenne, in condizione di accertata non -autosufficienza fisica o psichica: specificare certificazione dalla quale risulta tale condizione _____-;
 - invalido per condizione di non vedenza o ipovedenza grave (secondo quanto prescritto dall'art. 4 della legge 3/4/2001 n. 138)
 - richiedente per la tipologia di invalidità l'autoveicolo attrezzato per trasporto carrozzella
 - non richiedente l'autoveicolo attrezzato per trasporto carrozzella

QUADRO D - ISEE PERSONA PER CUI E' RICHIESTO L'INTERVENTO

(da compilare per l'accesso alla generalità dei servizi con esclusione di quelli del quadro E)

Il valore ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) calcolato per le seguenti prestazioni.

- Generalità delle prestazioni (isee ordinario);
 - Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria erogate in ambiente residenziale (a ciclo continuativo);
 - Altre Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;
 - Prestazioni agevolate rivolte a minorenni;
- o **Relativo ai redditi dell'anno** _____;
 - ovvero
 - o **Corrente ai sensi dell'art.9 del DPCM 159/2013,**
 - è pari ad Euro _____ ed è stato elaborato presso il seguente sportello INPS o convenzionato (CAF)
 - _____ in via _____ .

QUADRO E - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(da compilare per l'accesso ai servizi: centri notturni di accoglienza, alloggio sociale per adulti in difficoltà, case comunità, misure di sostegno all'autonomia, altri servizi/interventi per persone in situazione di marginalità estrema)

Di essere in possesso del reddito ISEE pari ad euro.....

ovvero

- A. Di essere in grave difficoltà socio-economica che non consente, anche temporaneamente, di soddisfare i bisogni primari della persona;
- B. Di essere senza dimora;
- C. Di essere privo di rete familiare e sociale in grado di fornire assistenza;
- D. Di avere necessità di iniziare/completare un progetto di inclusione socio-lavorativa.

N.B. I requisiti di cui alla lettera A. B. C. devono coesistere per l'accesso ai centri notturni di accoglienza.

I requisiti di cui alla lettera A. B. C. D. devono coesistere per l'accesso all'alloggio sociale per adulti in difficoltà ed alle case comunità

Il requisito di cui alla lettera A. deve sussistere per i restanti servizi di contrasto alla grave emarginazione adulta (es:misure sostegno autonomia)



QUADRO F - SITUAZIONE ABITATIVA

TITOLARITA' ABITAZIONE

- proprietà
- usufrutto
- titolo gratuito
- in affitto
- in affitto con notifica di sfratto
- casa popolare
- coabitazione

DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO

- servita
- poco servita
- isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- assenti
- solo esterne
- interne

- ascensore si no

CONDIZIONE ABITATIVA

- abitazione adeguata (alloggio privo di barriere architettoniche e adeguato al numero di persone con presenza di riscaldamento, servizi igienici adeguati, salubrità e spazio fruibile sufficiente);
- abitazione inadeguata (scarsa luminosità, assenza di riscaldamento, barriere interne e/o esterne);
- abitazione gravemente inadeguata (alloggio pericoloso, fatiscente, antigienico, gravemente insufficiente per il numero di persone, isolato).



Comune di Bari

QUADRO G- Sottoscrizione

Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta persona diversa da quella per cui è richiesto l'intervento

(cognome) _____ (nome) _____

nat_ a _____ Prov. _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

nella qualità di _____

indirizzo e-mail e/o pec: _____

Si allega copia del documento di identità del dichiarante.

BARI , _____

Firma _____

CONSENSO art. 6 p. 1 lettera a

Il sottoscritto _____, in qualità di soggetto *richiede il servizio*, preso atto della informativa fornita dal Comune di Bari, acconsente al trattamento del proprio numero telefonico _____ e del numero telefonico del *fru tore del servizio* _____ (se diverso dal richiedente).

Bari,

Firma _____



INFORMATIVA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 ed ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Titolare	Comune di Bari per mezzo della Ripartizione Servizi alla Persona – Largo Ignazio Chiurlia, 27 - 70122 – Bari (Italy) Tel. 080/5772503 email rip.serviziallapersona@comune.bari.it – PEC serviziallapersona.comunebari@pec.rupar.puglia.it			
Finalità e base giuridica del trattamento	Finalità	Base giuridica (riferita al GDPR)		
	Erogazione di servizi socio-assistenziali	Interesse pubblico per i <i>dati comuni</i> (art. 6 p. 1 lettera e) Interesse pubblico rilevante per le particolari categorie di dati personali (art. 9 p. 2 g) <i>Le norme che regolano l'interesse pubblico sono il regolamento della Regione Puglia n. 4/2007 e la delibera del Consiglio Comunale di Bari n 35/2016</i>		
	Comunicazioni urgenti ai soggetti richiedenti i servizi socio-assistenziali	Consenso (art. 6 p. 1 lettera a) <i>Il consenso è sempre revocabile. In caso di mancato consenso o di revoca dello stesso il servizio sarà ugualmente reso ma non potranno essere fornite comunicazioni urgenti tramite telefono</i>		
Dati personali trattati	Finalità	Dati trattati		
	Erogazione di servizi socio-assistenziali	Dati anagrafici dei richiedenti e dei beneficiari – Dati reddituali e patrimoniali – Dati riguardanti le condizioni abitative e di salute – Dati riguardanti il nucleo familiare		
	Comunicazioni urgenti ai soggetti richiedenti i servizi socio-assistenziali	Numero telefonico del richiedente e del beneficiario		
Provenienza dei dati trattati	Finalità	Soggetti che hanno fornito i dati		
	Erogazione di servizi socio-assistenziali	Agenzia delle Entrate – INPS - ASL		
	Comunicazioni urgenti ai soggetti richiedenti i servizi socio-assistenziali	Dati forniti direttamente dagli interessati		
Destinatari	Finalità	Destinatari		
	Erogazione di servizi socio-assistenziali	<i>Destinatari come responsabili esterni che trattano i dati per il Comune di Bari:</i> Segretariato sociale (RTI Elpendù-Meridia) - PUA (Porta unica d'accesso – RTI Elpendù-Meridia) - PIS (Pronto Intervento Sociale – CAPS SCARL) - URP (Coop. Informa SCARL) - Segretariato Reddito di Cittadinanza – Piattaforma “La mia città” (Progetti d'impresa Srl)		
	Comunicazioni urgenti ai soggetti richiedenti i servizi socio-assistenziali	<i>Destinatari previsti da norme o regolamenti:</i> Enti erogatori dei servizi in cui l'interessato è inserito, enti pubblici erogatori delle misure finanziarie (Regione, Ministeri, INPS, UE), enti erogatori del servizio socio-sanitario (DSS, CSM, ASL), Autorità giudiziaria e Forze dell'Ordine, Enti gestori dei servizi di emergenza		
Periodo di conservazione	Finalità	Durata		
	Erogazione di servizi socio-assistenziali	I dati trattati sono conservati per dieci anni dal momento della conclusione del servizio socio-assistenziale salvo eventuali contenziosi e nel rispetto della disciplina, prevista dal Dlgs. 42/2004, per la tutela dei documenti prodotti dalla Pubblica Amministrazione		
	Comunicazioni urgenti ai soggetti richiedenti i servizi socio-assistenziali			
Diritti dell'interessato	Diritto	Riferimento al GDPR	Diritto	Riferimento al GDPR
	Accesso ai dati personali	Art. 15	Rettifica dei dati personali	Art. 16
	Cancellazione dei dati personali	Art. 17	Limitazione del trattamento	Art. 18
	Portabilità dei dati personali	Art. 20	Opposizione al trattamento	Art. 21
	Diritto al reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma - garante@gpdp - 06696771	Art. 77	Diritto alla comunicazione della violazione	Art. 34
Processo decisionale automatizzato: NO		Trasferimenti dei dati a paesi extra UE: NO		Profilazione dell'interessato: NO
Responsabile per la Protezione dei Dati Personali	Avv. Ilaria Rizzo - Direttore della Segreteria Generale – C.so Vittorio Emanuele 84 – Bari – Tel. 0805772251 – 0805772245 – email privacy@comune.bari.it – PEC privacy.comunebari@pec.rupar.puglia.it			
Dati di contatto per l'esercizio dei diritti	Ripartizione Servizi alla Persona del Comune di Bari – Largo Ignazio Chiurlia, 27 - 70122 – Bari (Italy) Tel. 080/5772503 email rip.serviziallapersona@comune.bari.it – PEC serviziallapersona.comunebari@pec.rupar.puglia.it Segreteria Generale del Comune di Bari– C.so Vittorio Emanuele 84 – Bari – Tel. 0805772251 – 0805772245 – email privacy@comune.bari.it – PEC privacy.comunebari@pec.rupar.puglia.it			



Documentazione necessaria per l'accesso ai servizi:

Servizi Area Anziani

Anziani: Affidamento familiare:

PER AFFIDATO

documento di riconoscimento

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario

Certificato attestante stato di salute ed il grado di autosufficienza/ idonea documentazione a riprova dell'invalidità

PER AFFIDATARIO

documento di riconoscimento

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 attestante i requisiti di idoneità (art. 6 Regolamento) e la tipologia di affidamento

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario

Anziani: Servizio di assistenza domiciliare (SAD) :

documento di riconoscimento

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE (ordinario o ISEE socio-sanitario per anziani nonautosufficienti)

Certificato medico attestante lo stato di salute;

Idonea documentazione a riprova dell'invalidità;

Autocertificazione attestante l'impossibilità per i familiari e i conviventi a garantire in modo adeguato la cura della persona richiedente

Altra documentazione attestante lo stato di necessità del richiedente (art. 8 Disciplinare)

Anziani: Inserimento in strutture residenziali (Casa di riposo)

documento di riconoscimento

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario

certificato medico attestante lo stato di salute ed il grado di autosufficienza ;

Anziani: Inserimento in centri aperti polivalente

documento di riconoscimento

Servizi per adulti in difficoltà

Inserimento in centro notturno di accoglienza per persone senza dimora

documento di riconoscimento (per cittadini italiani)

permesso di soggiorno o altro atto/documento che attesti la possibilità dello straniero di permanere sul territorio nazionale secondo la normativa vigente (per cittadini stranieri)

Centro di accoglienza diurna per persone adulte con difficoltà sociale

documento di riconoscimento (per cittadini italiani)

permesso di soggiorno o altro atto/documento che attesti la possibilità dello straniero di permanere sul territorio nazionale secondo la normativa vigente (per cittadini stranieri)

Alloggio sociale per adulti in difficoltà

documento di riconoscimento (per cittadini italiani)

permesso di soggiorno o altro atto/documento che attesti la possibilità dello straniero di permanere sul territorio nazionale secondo la normativa vigente (per cittadini stranieri)

Case di comunità

documento di riconoscimento (per cittadini italiani)

permesso di soggiorno o altro atto/documento che attesti la possibilità dello straniero di permanere sul territorio nazionale secondo la normativa vigente (per cittadini stranieri)

Misure di sostegno all'autonomia

documento di riconoscimento (per cittadini italiani);



permesso di soggiorno o altro atto/documento che attesti la possibilità dello straniero di permanere sul territorio nazionale secondo la normativa vigente (per cittadini stranieri)

Servizi per minori e famiglie

Centri servizi per le famiglie

documento di riconoscimento

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario

verbale della commissione medica attestante eventuale condizione di invalidità

Minori: affido familiare

PER AFFIDATO

documento di riconoscimento

verbale della commissione medica attestante eventuale condizione di invalidità

PER AFFIDATARIO

documento di riconoscimento

Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 attestante i requisiti di idoneità (art. 6 Regolamento) e la tipologia di affido

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario

Minori: servizio educativo domiciliare (home maker)

documento di riconoscimento

DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario o ISEE minorenni per i figli di genitori non conviventi

verbale della commissione medica attestante eventuale condizione di invalidità

Centro antiviolenza

documento di riconoscimento

Minori: accoglienza in famiglia per MSNA (progetto famiglie senza confine)

PER NUCLEO/SINGOLO ACCOGLIENTE

Documento di riconoscimento

PER MINORE ACCOLTO

Documento di riconoscimento

Servizi per diversamente abili

Diversamente abili: servizio di educativa domiciliare integrata "SEMI"

documento d'identità attestante la residenza nel territorio comunale di Bari

attestazione di invalidità con il riconoscimento della indennità di frequenza

certificazione di disabilità attestata dalla competente commissione sanitaria ai sensi della L.104/1992 art.3 comma 3

Diversamente abili: affido adulti in difficoltà

PER AFFIDATO

copia del documento d'identità

attestazione di handicap ai sensi della L.104/1992 e verbale della commissione medica attestante la condizione di invalidità

PER AFFIDATARIO



copia del documento d'identità in corso di validità
manifestazione di interesse previa pubblicazione di apposito Avviso Pubblico
eventuale curriculum attestante l'esperienza pregressa in servizi similari

Diversamente abili: servizio di assistenza domiciliare SAD

copia del documento d'identità del fruitore del servizio
attestazione di handicap ai sensi della Legge 104/1992 come risultante da verbale della Commissione Medica attestante la condizione d'invalidità
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ordinario del nucleo familiare (nel caso di prestazioni sociali agevolate rivolte a minori di 18 anni)
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ristretto socio sanitario in caso di disabili adulti (18-64 anni)
autocertificazione attestante l'impossibilità dei familiari o conviventi a garantire in modo adeguato la cura del soggetto richiedente
eventuale nomina di amministratore di sostegno o di tutore
eventuale provvedimento del Tribunale (in caso di minori)

Diversamente abili: Servizio di trasporto sociale a chiamata verso sedi non prestabilite

copia del documento d'identità del fruitore del servizio
verbale definitivo, in corso di validità, dalla Competente Commissione Sanitaria
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ordinario del nucleo familiare (nel caso di prestazioni sociali agevolate rivolte a minori di 18 anni)
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ristretto socio sanitario in caso di disabili adulti (18-64 anni)

Diversamente abili: Servizio di trasporto sociale verso sedi prestabilite

copia del documento d'identità del fruitore del servizio
verbale definitivo, in corso di validità, dalla Competente Commissione Sanitaria
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ordinario del nucleo familiare (nel caso di prestazioni sociali agevolate rivolte a minori di 18 anni)
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ristretto socio sanitario in caso di disabili adulti (18-64 anni)

Servizi per l'area dell'immigrazione

Immigrati: servizio di accoglienza per donne gestanti con figli a carico

Permesso di soggiorno in corso di validità o di rinnovo;
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ordinario

Immigrati: servizi di accoglienza residenziale temporanea

Permesso di soggiorno valido o in corso di rinnovo;
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ordinario

Immigrati: Affidamento familiare per minori stranieri

PER AFFIDATO

documento di riconoscimento
Permesso di soggiorno valido o in corso di rinnovo;
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione Isee ordinario
verbale della commissione medica attestante eventuale condizione di invalidità

PER AFFIDATARIO

documento di riconoscimento
Modello di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 attestante i requisiti di idoneità (art. 6 Regolamento) e la tipologia di affidamento
DSU rilasciata dal CAF attestante avvenuta richiesta di certificazione ISEE ordinario



Comune di Bari

Immigrati: Sportello per l'integrazione socio sanitario e culturale per persone immigrate
documento di riconoscimento