

Alla
Comunità Comprensoriale
Oltradige Bassa Atesina
Direzione servizi sociali
Via Portici, n. 26
39044 – EGNA

DOMANDA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI E/O STRUTTURE DEI SERVIZI SOCIALI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (*dichiarazione
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.
445/2000*)

Name und Vorname - cognome e nome

geboren in - nato/a a

am - il

M - M

W - F

Geschlecht - sesso

wohnhaft in - abitante a

Straße - Via

Nr. – n.

PLZ – CAP

Prov. - Prov.

Tel. - Tel.

D - T

1 - 1

Schriftverkehr - corrispondenza

Adresse für Schriftverkehr oder Zustellung Rechnung / indirizzo per la corrispondenza o consegna fattura

[illegible][illegible]

JA-SI

NEIN - NO

Warteliste – Lista d'attesa

Evt. interne Struktur (wenn extern nicht möglich) - eventualmente struttura interna (se esterna non possibile)

JA - SI

NEIN - NO

ersucht - chiede

ai sensi della L.P. del 14.07.2015, n. 7 e successive modifiche ed integrazioni l'accesso alle prestazioni e/o strutture elencate di seguito:

STRUKTUREN FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG UND/ODER MENSCHEN MIT EINER SUCHTPROBLEMATIK	STRUTTURE PER PERSONE CON MALATTIA PSICHICA E/O PERSONE AFFETTE DA FORME DI DIPENDENZA
☐ Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Menschen mit einer Suchtproblematik	☐ Strutture abitative per persone con malattia psichica e/o persone affette da forme di dipendenza
☐ Tageseinrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Menschen mit einer Suchtproblematik	☐ Servizi diurni per persone con malattia psichica e/o persone affette da forme di dipendenza
☐ Konventionierte Wohneinrichtungen und Tageseinrichtungen	☐ Strutture abitative e servizi diurni convenzionati
☐ Eventuelle Präferenz:	☐ Eventuale preferenza:
☐ Transporte (Strecken angeben):	☐ Trasporti (indicare il percorso):

STRUKTUREN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG	STRUTTURE PER PERSONE CON DISABILITÀ
☐ Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung	☐ Strutture abitative per persone con disabilità
☐ Tageseinrichtungen für Menschen mit Behinderung	☐ Servizi diurni per persone con disabilità
☐ Konventionierte Wohneinrichtungen und Tageseinrichtungen	☐ Strutture abitative e servizi diurni convenzionati
☐ Eventuelle Präferenz:	☐ Eventuale preferenza:
☐ Transporte (Strecken angeben):	☐ Trasporti (indicare il percorso):

ANDERE DIENSTE DER SOZIALDIENSTE	ALTRI SERVIZI DEI SERVIZI SOCIALI
☐ Individuelle Vereinbarung zur Arbeitsbeschäftigung LG 14. Juli 2015 Nr. 7 Art. 16 Absatz 1 Buschstabe a)	☐ Convenzione individuale per l'occupazione lavorativa LP 14 luglio 2015 n. 7 art. 16 comma 1 lettera a)
☐ sozialpädagogische Wohnbegleitung (Beschluss der Landesregierung Nr. 683 vom 21.04.2011)	☐ Accompagnamento socio-pedagogico abitato (delibera Giunta Provinciale n. 683 del 21.04.2011)

ANDERE STRUKTUREN DER SOZIALDIENSTE	ALTRE STRUTTURE DEI SERVIZI SOCIALI
☐ Strukturen in anderen Bezirksgemeinschaften _____	☐ Strutture in altre comunità comprensoriali _____

Der/Die Unterfertigte erklärt in die interne/n Regelung/en der Struktur/en, für welche angesucht wird, Einsicht genommen zu haben und damit einverstanden zu sein.

Er/Sie und die Mitglieder der engeren bzw. erweiterten Familiengemeinschaft verpflichten sich, sich an dem im D.L.H. Nr. 30/2000 vorgesehenen Tarif zu beteiligen.

Der/die Antragstellerin und die in der Familiengemeinschaft lebenden Personen erklären sich bereit, die für die Berechnung des Tarifes erforderliche Dokumentation in der Finanziellen Sozialhilfe des zuständigen Sprengels vorzulegen, um die Höhe der Tarifbeteiligung aufgrund des Einkommens/Vermögens der Familiengemeinschaft zu berechnen.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del/dei regolamento/i interno/i della/e struttura/e per cui inoltra domanda e di essere d'accordo con il contenuto degli stessi.

Egli/ella ed i componenti del nucleo familiare ristretto o collegato si impegnano a concorrere alla tariffa nei termini e nei modi previsti dal D.P.G.P. n. 30/2000.

Il/La richiedente ed i componenti della famiglia in cui vive, si dichiarano disponibili di presentare all'assistenza economica sociale del distretto sociale competente, la documentazione necessaria per il calcolo della tariffa, per potere calcolare la partecipazione alla tariffa in base al reddito e al patrimonio del nucleo familiare.

Der/Die Unterfertigte erklärt, dass sich die Familie des/der Klienten/in wie folgt zusammensetzt:

Il/La sottoscritto/a dichiara che la situazione familiare del/della cliente è la seguente:

Familienmitglieder - componenti della famiglia			
Name und Vorname nome e cognome	Geschlecht sesso	Verwandtschaftsgrad rapporto di parentela	Geburtsdatum data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			

Der/die Klient/Klientin erklärt, dass er/sie laut Landesgesetz Nr.9 vom 12.10.2007 in folgende Pflegestufe eingetragen ist:

- ☐ Begleitgeld
- ☐ nicht eingestuft
- ☐ Pflegestufe 1
- ☐ Pflegestufe 2
- ☐ Pflegestufe 3
- ☐ Pflegestufe 4

Außerdem wird erklärt, dass der/die Klient/in im Besitz des Nachweises der Behinderung laut Gesetz Nr.104/92, Art.3, Abs.1 und 3 (schwerere Behinderung) ist.

- ☐ Ja/sì
- ☐ Invalidität Angabe _____ %
- ☐ Bescheinigung über die Arbeitsfähigkeit

Zum Zwecke legt er/sie die beantragten Dokumente bei:

- ☐ Gutachten des/der zuständigen Facharztes/
Fachärztin;
- ☐ Andere (*genau angeben*):

Der/Die Antragsteller/in erklärt, dass er/sie über die Bestimmungen der EU-Verordnung 2016/679 in Kenntnis gesetzt wurde und dass diese Verwaltung die angegebenen und/oder nachfolgend erfassten personenbezogenen Daten im Rahmen der normalen Verwaltungstätigkeit für institutionelle, verwaltungstechnische und buchhalterische Zwecke sammeln und verarbeiten kann. Die Datenverarbeitung, auch in digitaler Form, erfolgt von den vorgesehenen Mitarbeitern.

*Der gesamte Datenschutzhinweis über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Sinne des Art. 13 der EU-Verordnung 2016/679 ist auf folgendem Link der institutionellen Webseite der Körperschaft einsehbar:
<https://www.bzgcc.bz.it/de/Verwaltung/Web/Datenschutz>*

Il/La cliente dichiara di essere inquadrato/a in base alla Legge Provinciale n.9 del 12.2007 nella seguente livello di non autosufficienza:

- ☐ assegno di accompagnamento
- ☐ non inquadrato
- ☐ livello di non autosufficienza 1
- ☐ livello di non autosufficienza 2
- ☐ livello di non autosufficienza 3
- ☐ livello di non autosufficienza 4

Inoltre si dichiara che il/La cliente è in possesso di certificazione dell'handicap di cui alla Legge n.104/92, art.3, comma 1 e comma 3 (situazione di gravità).

- ☐ Nein/no
- ☐ Invalidità indicazione _____ %
- ☐ Certificazione relativa alla capacità lavorativa

Allega allo scopo i documenti richiesti:

- ☐ Parere del medico specialista competente;
- ☐ Altro (*specificare*):

Il/La richiedente dichiara di essere stato informato/a in merito alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 ed in particolare che i dati personali forniti e/o successivamente rilevati possono essere raccolti e trattati da quest'Amministrazione per l'espletamento dei suoi fini istituzionali, amministrativi e contabili. L'elaborazione dei dati, anche in forma digitale, avviene ad opera dei dipendenti incaricati.

*L'informativa completa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 può essere visionata sul sito istituzionale dell'Ente al seguente indirizzo:
<https://www.bzgcc.bz.it/it/Amministrazione/Web/Privacy>*

ERSATZERKLÄRUNG DES NOTORIETÄTSAKTES

lt. Art. 46 und Art. 47 des D.P.R. Nr. 445/2000

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Der/Die Unterfertigte

Il/La sottoscritto/a

geboren in - nato/a a

am - il

wohnhaft in - abitante a

Straße - via

Nr. - no.

PLZ - CAP

Prov. - Prov.

Tel. - Tel.

nach Einsichtnahme in den Art.5 des L.G.
vom 30.04.1991, Nr. 13 in geltender
Fassung,

visto l'art. 5 della L.P. 30.04.1991, n. 13 e
successive modifiche ed integrazioni

erklärt - dichiara

dass er/sie seinen/ihren Wohnsitz oder
ständigen Aufenthalt im Gebiet der
Provinz Bozen an der obgenannten
Adresse, oder wie nachfolgend
angegeben, hat:

che è residente o stabilmente domiciliato
nel territorio della Provincia di Bolzano
all'indirizzo di cui sopra ovvero in

*Der/Die Erklärende wird darauf aufmerksam gemacht und
hat sich bewusst erklärt, dass er/sie im Falle unwahrer
Erklärungen, den strafrechtlichen Maßnahmen lt. Art. 76 des
D.P.R. Nr. 445/2000 und lt. Art. 495 des S.t.G.B. untersteht.*

*Il/La dichiarante è stato/a avvertito/a e si è dichiarato/a
coscious, che, in caso di mendaci dichiarazioni saranno a lui/lei
applicate le sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. n.
445/2000 e dall'art. 495 del C.P.*

*Stempelfrei im Sinne der Art. 37, Absatz 1 D.P.R. n.
445/2000 und Art. 14, Tabelle B) DPR Nr. 642/1972.*

*Esente dall'imposta di bollo ai sensi degli artt. 37, comma 1,
D.P.R. n. 445/2000 e 14, Tabella B), D.P.R. 642/1972.*

Datum - Data

Unterschrift des/der Erklärenden - Firma del/della dichiarante
(vor dem beauftragten Beamten - in presenza del funzionario addetto)

Ich bestätige, dass vorliegende Erklärung in meiner
Gegenwart unterzeichnet worden ist.

Confermo che la presente dichiarazione è stata firmata
in mia presenza.

Datum - Data

(Unterschrift des beauftragten Beamten - Firma del funzionario addetto)