



Direktion Sozialdienste
Direzione Servizi Sociali

1/4

An die
Bezirksgemeinschaft Vinschgau
Hauptstraße 134
39028 Schlanders

Richiesta di ammissione ai servizi per persone con disabilità e per persone con malattia psichica

Dati personali della **persona assistita**

Cognome Nome: _____

Nato/a il: _____

a: _____

Residente a: _____

Via: _____

n.: _____

Eventuale domicilio: _____

Codice fiscale: _____

Cittadinanza: _____

Numero di telefono: _____

Dati di una eventuale **persona di riferimento** o, se disponibile, del tutore/dell'mandatario

Relazione con la persona assistita:

parente

tutore

amministratore di sostegno

Cognome Nome: _____

Residente a: _____

Via: _____

n.: _____

Numero di telefono: _____

E-Mail: _____

Le note spese sono da inviare a questa persona



La domanda d'accesso ai servizi dei Servizi può essere presentata solo quando la persona assistita è maggiorenne

2/4

Servizi per persone con disabilità

Servizi semiresidenziali

- Servizio di occupazione lavorativa a Prato allo Stelvio
- Centro diurno socio-pedagogico a Prato allo Stelvio
- Servizio di occupazione lavorativa Lebenshilfe a Silandro
- Centro diurno socio-pedagogico Lebenshilfe a Silandro

Servizi residenziali

- Comunità alloggio Lebenshilfe a Silandro
- Residenza Lebenshilfe a Silandro
- Posto di rotazione Lebenshilfe a Silandro
 - Variante A: lunedì – domenica
 - Variante B: lunedì – venerdì
 - Variante C: venerdì – domenica

(Il rifiuto di un posto libero comporta l'ultimo posto nella lista d'attesa)

Bisogno del servizio di trasporto: Sì No

(La decisione spetta alla Comunità Comprensoriale, a seconda dell'indipendenza del cliente)

Servizi per persone con malattia psichica

Servizi semiresidenziali

- Servizio di riabilitazione lavorativa a Laces

Servizi residenziali

- Comunità alloggio „Felius“ a Lasa



3/4

Ulteriori dati necessari sulla **persona assistita**

Livello assistenziale

- livello assistenziale 1 livello assistenziale 2 livello assistenziale 3
 livello assistenziale 4 non classificato

Invalidità civile

- 100% con assegno di accompagnamento 100% senza assegno di accompagnamento
 _____% senza riconoscimento di invalidità

Sedia a rotelle

- Sì No

Medico di base: _____

Motivo dell'ammissione:

- fabbisogno di assistenza e cura problemi sanitari
 formazione residenziale e lavorativa situazione abitativa della persona assistita
 attività lavorativa/impiego protetta/o per motivi socioeducativi

Segnalante

- la persona assistita sé stessa famiglia
 distretto sociale e/o sanitario medico/ospedale
 centro di salute mentale altro _____

Residenza attuale dell'utente

- Famiglia d'origine appartamento proprio
 in una struttura con altri membri della famiglia
 in un appartamento con assistenza di cura altro _____

Tipo della disabilità / del disagio psichico

- disabilità fisica autismo
 sindrome di down disturbi di personalità e comportamentali
 schizofrenia altro _____

Eventuale ulteriore persona di contatto

Cognome Nome: _____

Relazione con la persona assistita: _____

Numero di telefono: _____



Alla domanda si devono allegare i seguenti documenti:

4/4

- Copia del documento d'identità e codice fiscale della persona assistita
- Copia del documento della persona di riferimento (se questa firma la domanda)
- eventuale decreto di mandatario o tutela
- Parere dei servizi specializzati della sanità su diagnosi e decorso della malattia; eventuale lista di farmaci

Il/La sottoscritto/a si impegna a partecipare alla tariffa nei termini e nei modi previsti dal D.P.G.P. n. 30/2000.

Firma: _____

Il/la sottoscritto/a dichiara che, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, è stato/a avvertito/a ed è consapevole della conseguente responsabilità penale prevista dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false ed incomplete nonché dell'uso di atti falsi.

Firma: _____

**Informativa sulla tutela dei dati personali
(Regolamento (EU) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni)**

I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della normativa di cui al Regolamento (EU) 2016/679.

Al/la utente compete il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica e/o cancellazione degli stessi, di limitazione o di opposizione al loro trattamento, di trasformazione dei dati in forma anonima.

Firma: _____ **Luogo, data:** _____

Parte riservata all'ufficio

Conferma dell'identità della persona che presenta la richiesta

- La firma del/la richiedente è stata apposta in presenza del dipendente addetto del distretto;
e/o
- Una copia di una carta d'identità valida è allegata come prova dell'identità del richiedente.

Firma: _____