



DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

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

Domanda per l'accesso al Servizio¹ NIDO D'INFANZIA

Il/La Destinatario/a²:

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __ / __ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, numero _____, scadenza __ / __ / ____

Codice fiscale __ /

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

L'eventuale Segnalante²

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il __ / __ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, numero _____, scadenza __ / __ / ____

Codice fiscale __ /

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Recapiti: tel. _____, cell. _____, fax _____, e-mail: _____

¹ Per la compilazione della presente domanda e' possibile usufruire del supporto dell'ufficio servizi sociali dell'Azienda Speciale Consortile, presso il proprio comune di residenza.

² Per i destinatari sottoposti a tutela giuridica (es. minori, interdetti, ecc.), alla voce "Il/La Destinatario/a" devono essere inseriti i dati del destinatario del Servizio, mentre alla voce "L'eventuale Segnalante" devono essere inseriti i dati di chi esercita la tutela (es. genitore, tutore, ecc.).



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'Agello, 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

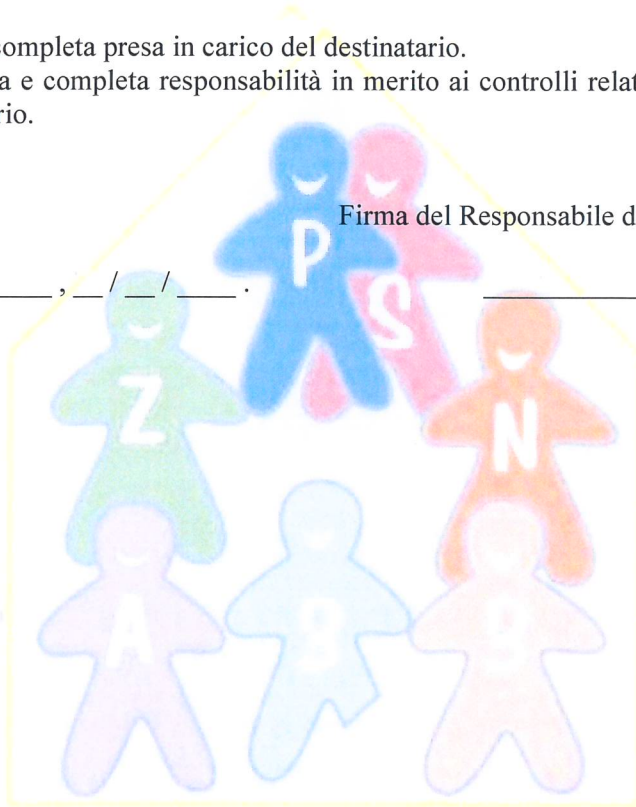
Il Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona presso il Comune di _____, alla luce dell'istruttoria e dei procedimenti amministrativi relativi alla domanda d'accesso ai servizi, nonché a quanto sopra dichiarato dal cittadino-utente o esercente la tutela, con la sottoscrizione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