

ENTSCHEIDUNG des Fachbeirates <input type="checkbox"/> des Sachbearbeiters <input type="checkbox"/> Nr.- n. _____ vom - del _____	DECISIONE del comitato tecnico <input type="checkbox"/> del funzionario <input type="checkbox"/>	PROTOKOLL PROTOCOLLO Nr.- n. _____	Antrag Nr. - Domanda n. Sachbearbeiter - Funzionario
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

An die Familien- und Seniorendienste Sozialgenossenschaft
Alla Assistenza alle famiglie ed agli anziani Cooperativa sociale

Via Andreas Hofer-Str. 2, 39011 Lana – Tel. 0473-553030 – www.fsd-lana.it

Sozialsprengel / Distretto sociale Lana

ANTRAG UM GEWÄHRUNG VON LEISTUNGEN AMBULANTER BETREUUNGSDIENST ESSEN AUF RÄDERN UND ESSEN OHNE ZUSTELLUNG MENSA FÜR SENIORINNEN UND SENIOREN	RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI PRESTAZIONI SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PASTI A DOMICILIO E PASTI SENZA CONSEGNA MENSA PER ANZIANI
ERSATZERKLÄRUNG IM SINNE des Art. 5 des L.G. Nr. 17/1993, in geltender Fassung	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI dell'art. 5 della L.P. n. 17/1993, e successive modifiche

										<input type="checkbox"/> M/M <input type="checkbox"/> W/F
Name und Vorname der/s BETREUTEN / cognome e nome dell' ASSISTITO/O *										Geschlecht - sesso
<input type="checkbox"/> verheiratet – coniugata/o *										
geboren am - nato/a il *		geboren in - nato/a a *			Steuernummer- codice fiscale *					
PLZ – CAP	wohnhaft in/mit Sitz in – residente a/sede a*			Straße/Platz – via/piazza					Nr. – n.	
PLZ – CAP	derzeitiger Aufenthaltsort – dimora attuale			Straße/Platz – via/piazza					Nr. – n.	
Zivilstand – stato civile		Staatsbürgerschaft – cittadinanza			E-mail @					
D/T	IT	LAD								
Schriftverkehr – corrispondenza *		Tel. Mobil. - Tel. Cell.			Tel. zu Hause. - Tel. casa					

b e a n t r a g t - c h i e d e

- | | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> für sich per sé | <input type="checkbox"/> oder in seiner Funktion als
<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in
<input type="checkbox"/> delegierte Person
<input type="checkbox"/> oder in qualità di
<input type="checkbox"/> rappresentante legale
<input type="checkbox"/> persona delegata | <input type="checkbox"/> Vormund
<input type="checkbox"/> Ausübende der elterlichen Verantwortung
<input type="checkbox"/> Sachwalter/in
<input type="checkbox"/> tutrice/tutore
<input type="checkbox"/> amministratrice/tore di sostegno
<input type="checkbox"/> esercente della responsabilità genitoriale |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Name und Vorname ANTRAGSTELLER*IN / cognome e nome RICHIEDENTE *	Verheiratet / coniugata/o
<i>Nur anzugeben, falls die/der Antragssteller/in nicht mit der/dem Betreuten übereinstimmt</i>	
<i>Da indicare solo se il richiedente non è la stessa persona dell'assistito</i>	

geboren am - nato/a il *					geboren in - nato/a a *					Steuernummer- codice fiscale *									
PLZ – CAP					wohnhaft in/mit Sitz in – residente a/sede a					Straße – via					Nr. - n.				
D/T					IT					LAD									
Schriftverkehr - corrispondenza					Tel. - Tel.					E-mail @									

die Erbringung folgender tarifpflichtiger Leistungen, bzw. folgender tarifpflichtiger Dienste:

l'erogazione delle seguenti prestazioni/dei seguenti servizi con tariffa a pagamento:

LEISTUNGEN *	PRESTAZIONI *
Ambulanter Betreuungsdienst zu Hause (ABD) <input type="checkbox"/> Körperpflege Unterstützung bei der Umsetzung von sozialen, pädagogischen, geragogischen oder therapeutischen Maßnahmen <input type="checkbox"/> Gesundheitsversorgung <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Haushaltsführung <input type="checkbox"/> Transport und Begleitung <input type="checkbox"/> Unterstützung für Familien in Notsituationen Ambulanter Betreuungsdienst in der Tagesstätte <input type="checkbox"/> Körperpflege	Prestazioni dell'assistenza a domicilio (SAD) <input type="checkbox"/> Igiene alla persona Sostegno nell'attuazione di misure sociali, educative, geragogiche o terapeutiche <input type="checkbox"/> Assistenza sanitaria <input type="checkbox"/> Aiuto nella gestione delle attività domestiche <input type="checkbox"/> Trasporto e accompagnamento <input type="checkbox"/> Assistenza alle famiglie in situazioni di emergenza Prestazioni di assistenza nel centro diurno <input type="checkbox"/> Igiene alla persona
Essen auf Rädern / Essen ohne Zustellung / Mensa f. Senioren <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern - volles Menü <input type="checkbox"/> Essen ohne Zustellung - Volles Menü	Pasti a domicilio / pasti senza consegna / mensa p. anziani <input type="checkbox"/> Pasti a domicilio - menu completo <input type="checkbox"/> Pasti senza consegna - menu completo
Tagespflegeheim für Senioren*innen <input type="checkbox"/> Tagespflegeheim für Senioren*innen <input type="checkbox"/> Transport zu/ab Tagespflegeheim (bei begründetem Bedarf)	Centro diurno di assistenza per anziani <input type="checkbox"/> Centro di assistenza diurno per anziani <input type="checkbox"/> Trasporto al/da centro di assistenza diurno (se c'è una necessità giustificata)

Beantragte Dauer der Leistungen
<input type="checkbox"/> 1-3 Stunden die Woche
<input type="checkbox"/> > 3 bis zu 5 Stunden die Woche
<input type="checkbox"/> > 5 bis zu 7 Stunden die Woche
<input type="checkbox"/> Bis zu 1 Stunde in der Woche
<input type="checkbox"/> Mehr als 7 Stunden die Woche

Durata delle prestazioni richiesta
<input type="checkbox"/> 1-3 ore la settimana
<input type="checkbox"/> > 3 fino a 5 ore alla settimana
<input type="checkbox"/> > 5 fino a 7 ore alla settimana
<input type="checkbox"/> Fino ad 1 ora alla settimana
<input type="checkbox"/> Oltre 7 ore alla settimana

Beantragte Häufigkeit der Leistung
<input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> 1 Tag in der Woche <input type="checkbox"/> 2 Tage im Monat <input type="checkbox"/> 2-3 Tage in der Woche <input type="checkbox"/> 4-5 Tage in der Woche <input type="checkbox"/> 6 oder mehr Tage in der Woche <input type="checkbox"/> auch Abend-/Nachtstunden <input type="checkbox"/> auch am Wochenende (Samstag/Sonntag) und an Feiertagen; *) <i>bei besonderer, begründeter Notwendigkeit</i> *) Besondere Notwendigkeit begründen:

Frequenza delle prestazioni richiesta
<input type="checkbox"/> Sporadiche <input type="checkbox"/> 1 giorno alla settimana <input type="checkbox"/> 2 giorni al mese <input type="checkbox"/> 2-3 giorni alla settimana <input type="checkbox"/> 4-5 giorni alla settimana <input type="checkbox"/> 6 o più giorni alla settimana <input type="checkbox"/> anche ore serale e/o notturne anche nel fine settimana <input type="checkbox"/> (sabato/domenica) e nei giorni festivi; *) <i>in caso di particolare e giustificata necessità</i> *) Giustificare la particolare necessità:

WICHTIG: Die folgenden Angaben müssen für statistische verpflichtend eingetragen werden. (*)
Betreutenart * Die betreuungsbedürftige Person hat/ist ... (bitte nur ein Feld ankreuzen) <input type="checkbox"/> eine körperliche oder kognitive Behinderung <input type="checkbox"/> <u>keine</u> körperliche oder kognitive Einschränkung <input type="checkbox"/> eine psychische Erkrankung/Abhängigkeitserkrankung <input type="checkbox"/> eine Familie

IMPORTANTE: Le seguenti informazioni * devono essere obbligatoriamente per fini statistici (*)
Tipo di assistito * L'assistita/o è/ha ... (prego selezionare solo un campo) <input type="checkbox"/> una disabilità fisica o cognitiva <input type="checkbox"/> <u>nessuna</u> limitazione fisica o cognitiva <input type="checkbox"/> una malattia mentale/una dipendenza <input type="checkbox"/> una famiglia

Unterkunft/Wohnsituation *
<input type="checkbox"/> Eigentumshaus/-wohnung <input type="checkbox"/> Mietwohnung von Privaten <input type="checkbox"/> Sozialwohnung/Mietwohnung von öffentlicher Körperschaft <input type="checkbox"/> Lebt in einer sozialer oder in einer Gesundheitseinrichtung <input type="checkbox"/> Wohnung begleitetes Wohnen für Senioren <input type="checkbox"/> Anderes: (bitte Bemerkung eintragen)

Alloggio/situazione abitativa *
<input type="checkbox"/> Casa/appartamento di proprietà <input type="checkbox"/> Casa/appartamento in affitto da privati <input type="checkbox"/> Casa/appartamento in affitto da IPES o enti pubblici <input type="checkbox"/> Ospite in struttura sociale o sanitaria <input type="checkbox"/> Alloggio accompagnamento abitativo per anziani <input type="checkbox"/> Altro: (prego inserire nota)

Familiäre Situation *
<input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Lebt mit Ehe-/Lebenspartner ohne Kinder <input type="checkbox"/> Lebt mit Ehe-/Lebenspartner und Kind/ern <input type="checkbox"/> Alleinerzieher/in mit minderjährigem/n Kind/ern (entsprechendes Formular ausfüllen) <input type="checkbox"/> Lebt mit Eltern/Elternteil <input type="checkbox"/> Lebt mit anderen Familienmitgliedern <input type="checkbox"/> Lebt mit anderen Personen (nicht Familienmitglieder) <input type="checkbox"/> Lebt in einer sozialen Einrichtung <input type="checkbox"/> Lebt in einer sanitären Einrichtung <input type="checkbox"/> Lebt mit einer privaten Pflegekraft (badante)

Situazione familiare *
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Vive con coniuge/partner senza figli <input type="checkbox"/> Vive con coniuge/partner con figli <input type="checkbox"/> Genitore singolo con figlio/i minore/i (compilare apposito modulo) <input type="checkbox"/> Vive con genitore/i <input type="checkbox"/> Vive con altri familiari <input type="checkbox"/> Vive con altre persone (non familiari) <input type="checkbox"/> Vive in struttura sociale <input type="checkbox"/> Vive in struttura sanitaria <input type="checkbox"/> Vive con una badante

Die betreuungsbedürftige Person ...

- ist Zivilinvalidin/e (_____ %)
- bezieht das Begleitgeld für die Zivilinvaliden
- hat bereits eine Pflegeeinstufung
- bezieht bereits Pflegegeld
- hat die Pflegeeinstufung beantragt
- hat die Aufnahme in Seniorenwohnheim beantragt
- befindet sich zurzeit in Kurzzeitpflege in einem Seniorenwohnheim
- befindet sich zurzeit in einer Übergangspflege
- befindet sich zurzeit im Krankenhaus/in einer Reha-Klinik

La persona che ha bisogno di assistenza e cura ...

- è invalido civile (_____ %)
- è beneficiaria/o dell'indennità di accompagnamento
- è già stato accertato il livello di non autosufficienza
- riceve l'assegno di cura
- ha richiesto l'accertamento del livello di non autosufficienza
- ha richiesto l'ammissione a una residenza per anziani
- attualmente è in ricovero temporaneo in una residenza per anziani
- attualmente è in ricovero transitorio
- attualmente è ricoverato in ospedale/clinica riabilitativa

Pflegende

Die betreuungsbedürftige Person wird ...

- von Familienangehörigen betreut
- von befreundeten Personen/Nachbarn betreut
- von Freiwilligen
- vom Hauskrankenpflegedienst betreut.
- von einer privaten Pflegekraft (Badante) betreut
- von einer zusammenlebenden, privaten Pflegekraft (Badante) betreut
- von anderen Pflegenden betreut (*wenn ja, bitte unten angeben, wer die Pflege übernimmt*).

Caregiver

La persona che ha bisogno di assistenza e cura ...

- è assistita da familiari
- è assistita persone amiche/da vicini
- è assistita da volontari
- è assistita dal servizio infermieristico domiciliare.
- è assistita da una badante
- è assistita da una badante convivente
- è assistita da altri caregivers (se sì, prego indicare chi assiste la persona)

Hausarzt / medico di base:

Tel. Hausarzt / tel. medico: _____ E-mail: _____

KONTAKTPERSON / PERSONA DI RIFERIMENTO

- Angehörige*r / Parente 1° Grades/grado 2° Grades/grado 3° Grades/grado
- Kein Angehörige*r / no familiari Freund*in/amico*a Nachbar/vicino
- Andere/Altro _____

M/M

W/F

Name und Vorname/Bezeichnung *
cognome e nome/denominazione sociale *

verehelicht – coniugata/o

Geschlecht - sesso *

geboren am - nato/a il *

geboren in - nato/a a *

Steuernummer- codice fiscale *

PLZ – CAP *

wohnhaft in/mit Sitz in – residente a/sede a *

Straße – via *

Nr. - n.*

Tel. - Tel.

E-mail @

DATEN FÜR DIE FAKTURIERUNG DER LEISTUNGEN / DATI PER LA FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Rechnungsempfänger / Intestatario fattura

Rechnungsempfänger ist ... / intestatario della fattura è ...

- ist die/der Betreute**
è la persona assistita
- nicht der Betreute** (bitte Daten für die Fakturierung/des Rechnungsempfängers im folgenden Abschnitt eintragen)
non è la persona assistita (inserire i dati per la fatturazione/l'intestatario/o della fattura nella sezione seguente)

				M/M		W/F					
Name und Vorname/Bezeichnung * cognome e nome/denominazione sociale *				verehelicht – coniugata/o				Geschlecht -sesso*			
geboren am - nato/a il *		geboren in - nato/a a *		Steuernummer - codice fiscale *							
Zustellung der Rechnung / Invio fattura:								<input type="checkbox"/> Post/posta		<input type="checkbox"/> E-Mail	
Rechnungsadresse / indirizzo fattura											
PLZ – CAP *		Ort - località*			Straße – via *				Nr. - n.*		
E-mail @ für Zustellung der Rechnung / E-mail @per la fatturazione:											
@											
Bank – banca		(IBAN - falls Rechnungsempfänger auch Zahler ist)									

- Ich akzeptiere** den Maximaltarif für die Bezahlung der Tarife.
- Ich werde** um Tarifbegünstigung ansuchen.
Information: wird das Gesuch um Tarifbegünstigung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in den Dienst eingereicht, so muss ich ab dem Aufnahmedatum und bis zum Datum der Gesuchstellung um Tarifbegünstigung den Maximaltarif bezahlen.
- Ich erkläre**, dass ich in den letzten zehn Jahren vor Einreichung des Antrags keine Schenkung getätigt habe. Nicht als Schenkungen berücksichtigt werden jene, die vor mehr als zehn Jahren vor Antragstellung getätigt wurden, jene zugunsten von Ehegatten/Ehegattinnen und jene zur Belohnung, wobei dies ausdrücklich aus dem Schenkungsvertrag hervorgehen muss. (gemäß Artikel 12 Absatz, 2 des Dekrets 30/2000).
- Muss ein Gesuch **erneuert** werden: wird das Gesuch um Tarifbegünstigung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit des vorhergehenden Gesuches eingereicht, so muss ich ab dem Datum der genannten Fälligkeit den Maximaltarif bezahlen.

Accetto la tariffa massima per il pagamento delle tariffe.

Chiederò l'agevolazione tariffaria.
Informazione: se la domanda di agevolazione tariffaria non viene presentata entro 30 giorni dall'inizio del servizio, devo pagare la tariffa massima per i giorni trascorsi dall'inizio del servizio fino al giorno di presentazione della domanda di agevolazione tariffaria.

Dichiaro che nei dieci anni prima della presentazione della domanda non ho effettuato una donazione; non sono considerate le donazioni effettuate oltre dieci anni prima della presentazione di una domanda, le donazioni a favore del coniuge/della coniuge e le donazioni che da contratto risultano espressamente remuneratorie. (ai sensi del art. 12, comma 2 del decreto 30/2000).

In caso di **rinnovo** della domanda: se il rinnovo della domanda precedente non avviene entro 30 giorni dalla scadenza della precedente domanda, devo pagare la tariffa massima dal giorno di tale scadenza.

- Ich verpflichte mich** den gesamten berechneten Tarif, für den die Familiengemeinschaft verpflichtet ist aufzukommen, für ein Jahr zu bezahlen, ausgenommen es ändert sich das Einkommen/ Vermögen, was ich sofort dem Amt des zuständigen Sozialspengels melde.
- Ich verpflichte mich** jede Änderung bezüglich der Voraussetzungen, welche für die Gewährung der Tarifbegünstigung notwendig sind, unmittelbar mitzuteilen und insbesondere jene, welche die wirtschaftliche Lage, die Zusammensetzung der Familiengemeinschaft und die Pflegeeinstufung laut LG. Nr. 9/2007 betreffen.

Mi impegno a pagare per un anno la tariffa totale calcolata per il nucleo familiare salvo variazioni del reddito/patrimonio che comunico immediatamente all'ufficio del distretto sociale competente.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni variazione dei requisiti che sono state determinanti per la determinazione dell'agevolazione tariffaria ed in particolare quelle attinenti alla situazione economica, alla composizione del nucleo familiare ed al livello di non autosufficienza ai sensi della L.P. n. 9/2007.

Datum – data

Unterschreibt die Zahlungsverpflichtung
Firma dell'impegno di pagamento

- Ich erkläre**, dass alle im Gesuch gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen worden sind.
- Ich erkläre**, im Sinne des Art. 76 des D.P.R. Nr. 445/2000, in geltender Fassung, aufgeklärt worden zu sein und mir bewusst zu sein, dass ich, laut Strafgesetzbuch und Sondergesetzen, für alle unwahren oder unvollständigen Angaben und für die Vorlage falscher Urkunden strafrechtlich verantwortlich bin und dass unrechtmäßig bezogene Leistungen/ Begünstigungen rückerstattet werden müssen.
- Ich verpflichte mich** alle wesentlichen Änderungen der persönlichen, familiären und sozialen Situation, die zu einer Änderung des Bedarfs führen und sich auf die bewilligten Leistungen auswirken, umgehend mitzuteilen.
- Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt**, dass der vorliegende Antrag für 12 Monate gültig ist und, dass der Antrag verfällt, wenn die beantragten Leistungen nicht innerhalb von neunzig Tagen nach Bewilligung, ohne Angabe von triftigen Gründen in Anspruch genommen werden.

Dichiaro che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità e che non sono stati omessi dati importanti.

Dichiaro che, in applicazione dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche, sono stato/a avvertito/a e sono 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, a cui segue l'obbligo di legge della restituzione della prestazione /agevolazione indebitamente percepita.

Mi impegno a comunicare immediatamente qualsiasi cambiamento significativo della mia situazione personale, familiare e sociale che comporti una modifica delle mie esigenze e influisca sulle prestazioni concesse.

Sono stata informata che la presente domanda ha una validità di 12 mesi e che decade se, entro novanta giorni dall'approvazione, non si usufruisce delle prestazioni richieste senza indicare i giustificati motivi.

Datum – data

Für die Richtigkeit der angegebenen Daten
Per l'accuratezza dei dati forniti

Verantwortlicher der Datenverarbeitung ist im Sinne des Art. 13, Abs. 1, Buchstabe a) der Verordnung (EU) 2016/679 Kröll Alois Peter in der Person des gesetzlichen Vertreters *pro tempore*. Kontaktdaten: bzgburggrafenamt.ccburgraviato@legalmail.it.

Verantwortlich für die Bearbeitung von Beschwerden gemäß Verordnung (EU) 2016/679 ist der Generalsekretär *pro tempore*. Der Datenschutzbeauftragten (DSB) ist Paolo Recla Kontaktdaten: p.recla@prlegal.it.

Hinsichtlich der Beauftragung zur Lieferung, Betreuung und Wartung der Daten ist der Verantwortliche für die Verarbeitung, die SIAG – Informatica Alto Adige SpA, in Person des Präsidenten und gesetzlichen Vertreters *pro tempore*.

Il titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera a) del regolamento (UE) 2016/679 è Kröll Alois Peter, nella figura del legale rappresentante *pro tempore*. Dati di contatto: bzgburggrafenamt.ccburgraviato@legalmail.it

Responsabile che evade i reclami presentati ai sensi del regolamento UE 2016/679 è il Segretario Generale *pro tempore*. Il responsabile della protezione dei dati è Paolo Recla. Dati di contatto: p.recla@prlegal.it.

Nell'ambito dell'incarico di fornitura, assistenza e manutenzione del software, responsabile del trattamento è SIAG – Informatica Alto Adige SpA, in persona del presidente e legale rappresentante *pro tempore*.

Das vorliegende Formular ist **VOLLSTÄNDIG** auszufüllen. Alle im Formular geforderten Angaben gelten als zwingend anzugeben und unerlässlich. Nicht vollständig ausgefüllte Formulare sind im Sinne des Art. 44, Abs. 5 des D.LH. Nr. 30/2000, in geltender Fassung, wirkungslos und man hat **kein Anrecht auf eine Leistung**.

Die von der betroffenen Person angegebenen Daten (meldeamtliche Daten, familiäre, soziale, wirtschaftliche und Arbeitssituation), einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Invalidität, Pflegebedürftigkeit, Bezug von Entschädigungen oder Renten aufgrund der Einschränkung) werden, auch in digitaler Form (unter Einhaltung der technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen gemäß der EU-Verordnung zum Schutz personenbezogener Daten und durch geeignete Verfahren zur Gewährleistung der Vertraulichkeit) im notwendigen Ausmaß ausschließlich zu institutionellen Zwecken für die Erfordernisse des Landesgesetzes 13/1991, und insbesondere der Artikel 7 und 7/bis, und des DLH 30/2000, in geltender Fassung, von der Verwaltung des Dienstes, und jedenfalls unter Berücksichtigung der in der Verordnung (EU) 2016/679 erhaltenen Vorschriften, verarbeitet.

Im Sinne des Art. 13, Absatz 1, Buchstabe e) der Verordnung (EU) 2016/679 können der Rechtsinhaber (Verantwortlicher), die Auftragsverarbeiter und die verantwortlichen Sachbearbeiter Kenntnis über die persönlichen Daten erhalten. Die Daten können im notwendigen Ausmaß zur Erfüllung einer Gesetzesverpflichtung und jedenfalls unter Berücksichtigung der in derselben Verordnung enthaltenen Vorschriften, an Subjekte, die in der öffentlichen Verwaltung tätig sind und im Allgemeinen an alle Trägerkörperschaften, an welche die Mitteilung zur Erreichung der institutionellen Zwecke notwendig ist, sowie jenen Personen, die Inhaber des Aktenzugriffsrechtes sind, weitergeleitet werden. Insbesondere können lediglich die meldeamtlichen Daten sowie jene betreffend die Beanspruchung von Sozialleistungen von anderen Trägerkörperschaften der Sozialdienste ausschließlich zur Erfüllung von gesetzlichen Pflichten und aufgrund der entsprechenden Vereinbarung im Sinne des Art. 58 Abs. 2 GvD Nr. 82/2005 genutzt werden.

Im Sinne der der Verordnung (EU) 2016/679 hat die betroffene Person folgende Rechte: von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob die betreffenden personenbezogenen Daten verarbeitet werden und, ist dies der Fall, auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten, Auszüge und Auskunft in verständlicher Form darüber zu erhalten, die Anonymisierung der Daten zu verlangen, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen (der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung aufgrund der Einwilligung vor dem Widerruf), das Recht auf Information über die Herkunft der personenbezogenen Daten, den Zweck und die Art der Verarbeitung sowie die angewandte Logik, wenn die Verarbeitung mit Hilfe elektronischer Mittel erfolgt, die personenbezogenen Daten zu berichtigen, zu vervollständigen und/oder zu löschen, ihre Verarbeitung einzuschränken oder abzulehnen, sowie das Recht, Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

Die Daten werden so lange verarbeitet, wie es für die Erfüllung des Rechtsverhältnisses zwischen den Parteien erforderlich ist und werden für einen Zeitraum von 10 Jahren aufbewahrt, es sei denn, dass es gesetzlich ausdrücklich anders vorgesehen ist.

Il modulo è da compilare in modo **COMPLETO**. Tutti i dati richiesti nel modulo sono da considerarsi obbligatori ed indispensabili. Se la domanda non è completa, essa è, ai sensi dell'art. 44, comma 5 del D.P.G.P. n. 30/2000, e successive modifiche, improduttiva di effetti e **non si ha diritto alla prestazione**.

I dati forniti dall'interessato (dati anagrafici, situazione familiare, abitativa, sociale, economica e lavorativa), comprese categorie particolari di dati personali (ad es. stato di invalidità o non autosufficienza, percepimento di indennità o pensioni a causa della minorazione) verranno trattati dall'amministrazione del servizio, anche in forma digitale (nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dal regolamento UE in materia di protezione dei dati personali ed attraverso procedure adeguate a garantire a riservatezza degli stessi), esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali per l'applicazione della LP 13/1991, e in particolare gli articoli 7 e 7/bis, e del DPGP 30/2000, e successive modifiche, nella misura necessaria e comunque nel rispetto della normativa di cui al regolamento (UE) 2016/679.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera e) del regolamento (UE) 2016/679 i dati personali possono venire a conoscenza del titolare, dei responsabili del trattamento e degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati nella misura necessaria per adempiere a un obbligo legale e comunque nel rispetto della normativa di cui al regolamento stesso, a soggetti operanti nell'amministrazione del servizio e in genere, a tutti quegli enti gestori di servizi, cui la comunicazione sia necessaria ai fini istituzionali nonché ai soggetti che siano titolari del diritto di accesso. In particolare, i soli dati anagrafici e quelli relativi alla percezione di prestazioni sociali possono essere resi accessibili ad altri enti gestori dei servizi sociali esclusivamente per l'adempimento di obblighi previsti per legge e sulla base dell'apposita convenzione ai sensi dell'art. 58, co. 2 d.lgs. n. 82/2005.

Inoltre in base al regolamento (UE) 2016/679 l'interessato ha i seguenti diritti: ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali, l'estrapolazione ed informazioni in forma intelligibile su di essi, la trasformazione dei dati in forma anonima, revocare in ogni momento il suo consenso al trattamento dei suoi dati (senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca), conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e modalità del trattamento, la logica applicata se il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, chiedere la rettifica, l'integrazione o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, proporre reclamo a un'autorità di controllo.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto giuridico in essere tra le parti e saranno conservati per un periodo di 10 anni, salvo diversa e specifica disposizione normativa.

Datum - data

Unterschreibt den Antrag und bestätigt die erhaltene Aufklärung im Sinne der Verordnung (EU) 2016/679
Firma della domanda e firma per ricevuta informativa (regolamento (UE) 2016/679)

<u>Dem Dienst/Amt vorbehalten</u>	<u>Parte riservata al servizio/all'ufficio</u>
Case Management wird für notwendig erachtet JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Si considera necessario il Case Management SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Datum des Erstgesprächs:	Data del primo colloquio:
Datum des Hausbesuches / Lokalausweises:	Data della visita domiciliare / sopralluogo:
<u>Verantwortliche/r für den genehmigten Leistungen:</u> Name und Nachname der/des Betreuungsdienstleiters*in bzw. der Mitarbeiter/des delegierten Mitarbeiters:	<u>Responsabile dei servizi concessi:</u> Nome e cognome della/del responsabile tecnico del servizio di assistenza domiciliare o della collaboratrice/del collaboratore delegato:

GENEHMIGTE LEISTUNGEN - PRESTAZIONI CONCESSE			
Ambulanter Betreuungsdienst zu Hause (ABD) Prestazioni dell'assistenza domiciliare a domicilio (SAD)	ab dem Datum dalla data	bis zum Datum fino alla data	Stunden/Woche Ore/settimana
<input type="checkbox"/> Körperpflege Igiene alla persona			
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Umsetzung von sozialen, pädagogischen, geragogischen oder therapeutischen Maßnahmen Sostegno nell'attuazione di misure sociali, educative, geragogiche o terapeutiche			
<input type="checkbox"/> Gesundheitsversorgung Assistenza sanitaria			
<input type="checkbox"/> Hilfe bei der Haushaltsführung Aiuto nella gestione delle attività domestiche			
<input type="checkbox"/> Transport und Begleitung Trasporto e accompagnamento			
<input type="checkbox"/> Unterstützung für Familien in Notsituationen Assistenza alle famiglie in situazioni di emergenza			
Ambulanter Betreuungsdienst in der Tagesstätte Prestazioni dell'assistenza domiciliare nel centro diurno			
<input type="checkbox"/> Körperpflege Igiene alla persona			
Essen auf Rädern / Essen ohne Zustellung / Mensa f. Senioren Pasti a domicilio / pasti senza consegna / mensa p. anziani	ab dem Datum dalla data	bis zum Datum fino alla data	
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern - volles Menü Pasti a domicilio - menu completo			
<input type="checkbox"/> Essen ohne Zustellung - Volles Menü Pasti senza consegna - menu completo			
Tagespflegeheim für Senioren*innen	Centro diurno di assistenza per anziani		
<input type="checkbox"/> Tagespflegeheim für Senioren*innen	<input type="checkbox"/> Centro di assistenza diurno per anziani		
<input type="checkbox"/> Transport zu/ab Tagespflegeheim (bei begründetem Bedarf)	<input type="checkbox"/> Trasporto al/da centro di assistenza diurno (se c'è una necessità giustificata)		

Bemerkungen	note
Bemerkungen über die familiäre-, soziale- und Arbeitssituation - Note sulla situazione familiare, sociale e lavorativa	
Unterschrift - firma	
als - in qualità di <input type="checkbox"/> Nutzer/in - utente <input type="checkbox"/> Vormund - tutore/tutrice <input type="checkbox"/> Ausübende der elterlichen Verantwortung - esercente la responsabilità genitoriale <input type="checkbox"/> Delegierte Person - persona delegata	
<input type="checkbox"/> Die Unterschrift des/der Antragstellers/in wurde im Sinne der Art. 21 und 38 des D.P.R. Nr. 445/2000, in geltender Fassung, in Anwesenheit des beauftragten Beamten des zuständigen Amtes angebracht. <input type="checkbox"/> La sottoscrizione del/la richiedente, ai sensi degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000, e successive modifiche, è stata apposta in presenza del funzionario addetto al competente ufficio. <input type="checkbox"/> Zum Nachweis der Identität des/der Antragstellers/in liegt, im Sinne der Art. 21 und 38 des D.P.R. Nr. 445/2000, in geltender Fassung, die Kopie eines gültigen Ausweises bei. <input type="checkbox"/> L'autenticità della sottoscrizione del/la richiedente, ai sensi degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 45/2000, e successive modifiche, è dimostrata dall'allegata fotocopia di un valido documento di riconoscimento.	
_____ Datum - data	_____ (Der verantwortliche Sachbearbeiter - il responsabile del procedimento)