



SCHEDA INFORMATIVA S.A.I.?
(SERVIZIO ACCOGLIENZA INFORMAZIONE)
ANFFAS ONLUS

DATA _____26/09/2008_____

SCHEDA COMPILATA DA _____

CONFORMEMENTE ALL'IMPEGNO E ALLA CURA CHE LA NOSTRA ASSOCIAZIONE DEDICA ALLA TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, LA INFORMIAMO SULLE MODALITÀ, FINALITÀ E AMBITO DI COMUNICAZIONE IN CONFORMITÀ A QUANTO PREVISTO DAL CODICE DELLA PRIVACY.

LE SARANNO RICHIESTI ALCUNI DATI PERSONALI E SENSIBILI IL CUI CONFERIMENTO È FACOLTATIVO, SALVO PER QUELLI INDICATI COME OBBLIGATORI, PER SVOLGERE IL SERVIZIO DA LEI RICHIESTO.

GLI STESSI SARANNO UTILIZZATI A SCOPO STATISTICO E PER INVIARLE IL NOSTRO MATERIALE DIVULGATIVO.

I DATI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY E POTRANNO ESSERE COMUNICATI SEMPRE PER LE PREDETTE FINALITÀ, ALLE ASSOCIAZIONI ADERENTI AD ANFFAS ONLUS, OLTRE CHE A SOCIETÀ CHE SVOLGONO PER NOSTRO CONTO COMPITI DI NATURA TECNICA OD ORGANIZZATIVA STRUMENTALI ALLA FORNITURA DEI SERVIZI RICHIESTI.

PREGO RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE

(Con asterisco sono contrassegnati i campi obbligatori)

GENERALITÀ RICHIEDENTE:

Nome * _____MARIO_____

Cognome * _____ROSSI_____

Indirizzo *:

Via _____XXXXXXXXXXXXXXXX_____

n. _ X_ cap XXXX_____ città Madonna del Monte_____ prov._ Macerata _____

Tel.* _____ Fax _____

Cell. _____XXXXXXXX_____ e-mail _____XXXXXXXXXXXXXXXX_____

Tipo di lavoro _____ OPERAIO _____

Istituto Previdenziale :

INPS INPDAP

Grado di parentela con persona disabile

Madre Padre Coniuge Fratello/Sorella altro

tutore
 amministratore di sostegno
 curatore legale

Socio ANFFAS si no Associazione _____

Com'è venuto a conoscenza del nostro servizio SAI?

Riviste e/o pubblicazioni

Sito Web

Soci Anffas

Circolari associative

CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY?

AUTORIZZA NON AUTORIZZA AL TRATTAMENTO

AUTORIZZA NON AUTORIZZA ALLA COMUNICAZIONE

NOTA BENE:

Le persone autorizzate al rilascio del consenso in nome e per conto della persona con disabilità sono:
il padre o la madre il tutore l'amministratore di sostegno il curatore legale

ORA LE SARANNO RICHIESTI ALCUNI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IL CUI CONFERIMENTO È FACOLTATIVO, SALVO PER QUELLI INDICATI COME OBBLIGATORI, PER SVOLGERE IL SERVIZIO DA LEI RICHIESTO. GLI STESSI SARANNO UTILIZZATI A SCOPO STATISTICO E PER INVIARLE IL NOSTRO MATERIALE DIVULGATIVO.

I DATI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY E POTRANNO ESSERE COMUNICATI SEMPRE PER LE PREDETTE FINALITÀ, ALLE ASSOCIAZIONI ADERENTI AD ANFFAS ONLUS, OLTRE CHE A SOCIETÀ CHE SVOLGONO PER NOSTRO CONTO COMPITI DI NATURA TECNICA OD ORGANIZZATIVA STRUMENTALI ALLA FORNITURA DEI SERVIZI RICHIESTI.

RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE GENERALITÀ PERSONA CON DISABILITÀ:

Nome * _____FRANCESCO_____

Cognome * _____ROSSI_____

Indirizzo _____

Tel. _____

Tipo di disabilità * _____X FRAGILE_____

Età _____20_____

ACCERTAMENTI *:

Invalidità civile percentuale ___100 %___

Handicap 104/92

Con connotazione di gravità

PROVVIDENZE ECONOMICHE *:

Indennità di accompagnamento

Pensione di inabilità

Indennità mensile di frequenza

Assegno mensile di assistenza

CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA, ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA DISABILE AI SENSI DEL CODICE DELLA PRIVACY?

AUTORIZZA NON AUTORIZZA AL TRATTAMENTO

AUTORIZZA NON AUTORIZZA ALLA COMUNICAZIONE

IN BASE ALLA RICHIESTA FATTA LE SARANNO RICHIESTI ALCUNI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ IL CUI CONFERIMENTO È FACOLTATIVO, SALVO PER QUELLI INDICATI COME OBBLIGATORI, PER SVOLGERE IL SERVIZIO DA LEI RICHIESTO.

I DATI SARANNO TRATTATI NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY E POTRANNO ESSERE COMUNICATI SEMPRE PER LE PREDETTE FINALITÀ, ALLE ASSOCIAZIONI ADERENTI AD ANFFAS ONLUS, OLTRE CHE A SOCIETÀ CHE SVOLGONO PER NOSTRO CONTO COMPITI DI NATURA TECNICA OD ORGANIZZATIVA STRUMENTALI ALLA FORNITURA DEI SERVIZI RICHIESTI.

PREGO RISPONDA ALLE SEGUENTI DOMANDE

INSERIMENTO DI INTEGRAZIONE SOCIALE:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

Assistenza domiciliare:

- Sociale
- Sanitaria
- Integrata

Attività ricreative:

- Centri diurni
- Attività extrascolastiche
- Altro _____

INTEGRAZIONE SCOLASTICA:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

Frequenza scolastica Sì No

Scuola frequentata Elementare Media Media Superiore Università

Classe frequentata 1^ 2^ 3^ 4^ 5^ 2^

INTEGRAZIONE LAVORATIVA:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

Tipo di lavoro svolto _____

Iscrizione c/o gli elenchi degli uffici competenti Sì No se sì da quanto tempo

- meno di 6 mesi più di 6 mesi meno di 1 anno più di 1 anno
- meno di 2 anni più di 2 anni meno di 3 anni più di 3 anni

CONGEDI E PERMESSI:

(da compilare in caso di richieste inerenti)

- Prolungamento fino a tre anni dell'astensione facoltativa
- Permessi orari di due ore giornaliere
- Permessi retribuiti di tre giorni al mese

Presupposto di assistenza continuativa ed esclusiva del disabile (anche dopo i 18 anni)

Congedo retribuito di 2 anni

AGEVOLAZIONI FISCALI: (da compilare in caso di richieste inerenti)

SI, E' FISCALMENTE A MIO CARICO (COMPARE SULLA MIA DICHIARAZIONE DEI REDDITI)

MOBILITÀ E TRASPORTI: (da compilare in caso di richieste inerenti)

IN CASO DI RICHIESTA DI RICOVERO

Tipo di Struttura _____

Territorio _____

Grado di autonomia richiedente _____

Compartecipazione al costo di ASL o Comune _____

Compartecipazione al costo Famiglia _____

Richiesta a ASL o Comune _____

Situazione attuale richiedente _____

Ricoveri precedenti _____

CON RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA DATA, ACCONSENTE AL TRATTAMENTO E COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DELLA PERSONA DISABILE NEL RISPETTO DEL CODICE DELLA PRIVACY?

X AUTORIZZA NON AUTORIZZA AL TRATTAMENTO

X AUTORIZZA NON AUTORIZZA ALLA COMUNICAZIONE

LE RICORDIAMO CHE POTRÀ ESERCITARE IN OGNI MOMENTO NEI CONFRONTI DI ANFFAS ONLUS, I DIRITTI PREVISTI DAL ART.7 DEL D. LGS 196/2003, (CODICE DELLA PRIVACY).

RISPOSTE DEI GRUPPI DI LAVORO

EVENTO DI FORMAZIONE TERRITORIALE PROGETTO "SAI? ANFFAS IN-RETE

MACERATA 26/09/2008

GRUPPO DI LAVORO 1:

Gentile Sig. Matteo Rossi,
le rispondiamo in merito alla sua domanda per l'esenzione del bollo. Per avere l'esenzione del bollo, bisogna avere l'invalidità civile alò 100% con accompagnamento e attestazione di handicap con indicata la gravità. Lei dovrebbe avere due verbali, 1 per l'invalidità civile e il 2° dove è indicata la gravità L. 104/92. se le ha tutte e due può andare all'ufficio delle Entrate a Macerata, Via pinco pallino, 4. Lì troverà i moduli per la richiesta dell'esenzione del bollo.

Si ricordi di portare i seguenti documenti:

le fotocopie dei due verbali

lo stato di famiglia

la denuncia del reddito

se invece preferisce possiamo visionare insieme la documentazione presso la ns. sede così da verificare la correttezza della documentazione.

Cordiali saluti

GRUPPO DI LAVORO 2:

In base al quesito che ci ha posto in data 26/09/2008 le diamo la seguente risposta: nel suo caso è prevista l'esenzione permanente del bollo auto in quanto la persona con disabilità in questione rientra nei parametri previsti dalla legge (ovvero è una persona con disabilità mentale, titolare di indennità di accompagnamento e il veicolo è intestato alla persona che ha fiscalmente a carico il disabile). Per ottenere l'esenzione è necessario recarsi all'Agenzia delle Entrate a lei più vicina e richiedere gli appositi moduli (oppure scaricarli dal sito ...) e allegare la seguente documentazione:
fotocopia carta di circolazione...