

Ansuchen um Anerkennung/Feststellung der Zivilinvalidität und/oder der Behinderung und/oder der gezielten Arbeitseingliederung und/oder Blindheit und/oder Taubheit

Der/die unterfertigte
(Nachname) (Vorname)

Geschlecht m w geb. am in Prov.

Steuernummer Tel./Mobil

e r s u c h t

um Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen (mit entsprechender Anerkennung der finanziellen Leistungen)

des eigenen Zustandes als

- Zivilinvalide/Zivilinvalidin** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46* vom 21. August 1978
- Zivilblinder/Zivilblinde** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46* vom 21. August 1978
- Ziviltauber/Ziviltaube** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46* vom 21. August 1978
Achtung: das Feld nur ankreuzen wenn die Taubheit seit der Geburt besteht oder vor dem 12. Lebensjahr eingetroffen ist, anderenfalls das Feld Zivilinvalide ankreuzen.
- Person mit Behinderung (auch Begünstigungen für die Arbeit)** im Sinne des Gesetzes Nr. 104* vom 5. Februar 1992

und ersucht gleichzeitig um Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die

- Ausstellung des Parkausweises für Behinderte**
im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012, umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012
- steuerrechtlichen Begünstigungen der Fahrzeuge behinderter Personen**
im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012, umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012

- gezielte Arbeitseingliederung** (vom 15. bis 65. Lebensjahr)
im Sinne des Gesetzes Nr. 68* vom 12. März 1999

und erklärt

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des Dekretes des Präsidenten der Republik Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, indem er/sie die zutreffenden Kästchen ankreuzt und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 76 und 75 obgenannten Dekretes vorgesehen ist:

dass die Behinderungen, für welche um Anerkennung der Zivilinvalidität angesucht wird, **nicht auf Kriegs- Arbeitsunfall oder auf Dienstleistung zurückzuführen sind**

und

- italienischer/italienische Staatsbürger/in
- Eu-Bürger/in
- ausländischer/ausländische Staatsbürger/in zu sein,

- meldeamtlicher Wohnsitz in der Provinz Bozen:

Gemeinde..... PLZ Str. Nr.

Provinz E-mail

Nur ausfüllen, wenn anders als Wohnsitz:

- zur Zeit Domizil in:

Gemeinde PLZ Str. Nr.

Provinz E-mail

Wird um Anerkennung der Zivilinvalidität und/oder Blindheit und/oder Taubheit angesucht, besteht die Möglichkeit folgenden Punkt anzukreuzen:

- ersuche um Ausstellung des Ausweises für Personen mit Zivilinvalidität (über 45%) und **erkläre** die Informationserklärung über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die aufgrund des Legislativdekretes Nr. 196 vom 30 Juni 2003 "Kodex für den Schutz der personenbezogenen Daten" abgegeben wurde aufmerksam gelesen und verstanden zu haben und **erteile die Zustimmung** für die Verwendung der personenbezogenen Daten zum Zweck der Ausstellung des Ausweises für Personen mit Zivilinvalidität.

- Er/sie delegiert das PatronatSitzbei welchem er/sie (im Sinne des Art. 47 des Zivilgesetzbuches) das Domizil wählt, sich für dieses Ansuchen gegenüber dem Gesundheitsbezirk Bruneck kostenlos vertreten und beistehen zu lassen.

Aufklärung im Sinne des Kodex zum Schutz der personenbezogenen Daten (Legislativdekret 30. Juni 2003, n. 196)
Inhaber der Daten ist der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen. Die angegebenen Daten werden vom Sanitätsbetrieb auch in elektronischer Form verarbeitet für die Anwendung des Landesgesetzes Nr. 46 vom 21. August 1978, der Gesetze Nr. 118 vom 30. März 1971, Nr. 382 vom 27. Mai 1970, Nr. 381 vom 26. Mai 1970, Nr. 104 vom 5. Februar 1992, Nr. 68 vom 12. März 1999, und des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012 umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012.
Verantwortliche der Verarbeitung der Daten ist Frau Dr. Dagmar Regele (Schreiben vom 08.10.2008 Prot. Nr. 0107813-BK). Die Angabe der Daten ist verpflichtend damit die weitere administrative Bearbeitung, wie beantragt, durchgeführt werden kann. Die Verweigerung der Angabe der gefragten Daten verhindert die weitere Behandlung des Ansuchens. Der/die Antragsteller/In, im Sinne der Artikel 7 und folgende des Legislativdekretes 30. Juni 2003, n. 196, erhält auf Anfrage den Zugang, die Extraktion und Information zu den eigenen Daten. Er/sie kann außerdem beantragen, sofern dies vom Gesetz vorgesehen ist, dass die personenbezogenen Daten ajourniert, gelöscht, anonymisiert und gesperrt werden.

....., den
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift)

Anlagen: ärztliches Zeugnis nicht älter als sechs Monate in Original und jegliche andere nützliche Dokumentation für den/die Betreuten/Betreute

Bei Übermittlung mit der Post, mittels Fax oder durch dritte Personen ist es notwendig eine Ablichtung des gültigen Personalausweises beizulegen.

* und weitere Änderungen und Ergänzungen

Spitalstr. 11 | 39031 Bruneck
Tel. 0474 586 533 – Fax 0474 586 531
<http://www.sabes.it> | hygiene@sb-bruneck.it
Öffnungszeiten: Mo - Fr 08.00-12.45 Uhr, Mo 14.30-16.30 Uhr
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Str.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Via Ospedale 11 | 39031 Brunico
Tel. 0474 586 533 – Fax 0474 586 531
<http://www.asdaa.it> | igiene@as-brunico.it
Orario di apertura: lu-ve 08.00-12.45, lu 14.30-16.30
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

<p align="center">DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 4 DEL D.P.R. N. 445/2000</p> <p>Il sottoscritto nato il a residente a in via</p> <p align="center">dichiara</p> <p>nella sua qualità di</p> <p><input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio/a (se il coniuge è assente) <input type="checkbox"/> parente entro il 3. Grado (nel caso di assenza del coniuge e mancanza di figli)</p> <p>che il Sig./la Sig.ra nato/a il a residente a in via</p> <p>presenta una situazione di impedimento temporaneo, connesso al suo stato di salute, tale per cui la medesima persona non sa o non può sottoscrivere la domanda di riconoscimento dell'invalidità civile e le dichiarazioni in essa contenute.</p> <p>Il sottoscritto dà atto di essere a conoscenza che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.</p> <p>FIRMA</p> <p>Data</p>	<p align="center">ERKLÄRUNG IM SINNE DES ART. 4 DES D.P.R. Nr. 445/2000.</p> <p>Der/Die Unterfertigte geb. am in wohnhaft in Adresse</p> <p align="center">erklärt</p> <p>in seiner Eigenschaft als</p> <p><input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners) <input type="checkbox"/> Blutsverwandter/e innerhalb III. Grades (in Abwesenheit des Ehepartners und bei Fehlen von Kindern) dass</p> <p>Herr/Frau geb. am in wohnhaft in Adresse</p> <p>aus Gesundheitsgründen zeitweilig das Ansuchen um Feststellung der Zivilinvalidität und alle darin enthaltenen Erklärungen nicht instande ist, zu unterschreiben.</p> <p>Der/Die Unterfertigte erklärt darüber in Kenntnis zu sein, dass die Abgabe von falschen Erklärungen im Sinne des Strafgesetzbuches und der diesbezüglichen Sondergesetze bestraft wird.</p> <p>UNTERSCHRIFT</p> <p>Datum</p>
<p align="center">ATTESTAZIONE</p> <p>Il pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante attesta che</p> <p><input type="checkbox"/> l'interessato/a stesso/a <input type="checkbox"/> la persona sopra indicata</p> <p>ha a lui reso la dichiarazione che l'interessato si trova in situazione di non saper o poter firmare il presente atto.</p> <p>Timbro dell'Ufficio e firma del Pubblico Ufficiale</p> <p>.....</p>	<p align="center">BESTÄTIGUNG</p> <p>Die Amtsperson bestätigt nach Feststellung der Identität des Erklärenden, dass</p> <p><input type="checkbox"/> der/die Betroffene selbst <input type="checkbox"/> die oben angeführte Person</p> <p>ihm/ihr erklärt hat, dass der/die Betroffene nicht in der Lage ist, vorliegenden Akt zu unterschreiben.</p> <p>Stempel des Amtes und Unterschrift der Amtsperson</p> <p>.....</p>

Südtiroler
SanitätsbetriebAzienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

BETRIEBSDIREKTION

DIREZIONE AZIENDALE

Generaldirektion – Direzione Generale

Der Generaldirektor – Il Direttore Generale
Dr. Andreas FabiVerantwortliche/r des Verfahrens – Responsabile del
procedimento: Dr. In. Evelyn Reinstaller
Sachbearbeiter/In – Impiegato/a addetto/a:An alle Personen
mit Zivilinvalidität von über 45%

Ihre Anschriften

Bozen, den – Bolzano, il 25.06.2012

SABES – ASDAA
Prot. 0067763-BZ
25.06.2012

AS001106307

**Projekt „Ausweis für Personen mit Zivilinvalidität“ -
Aufklärung über die Benutzung der personenbezogenen Daten (Legislativdekret Nr.
196/2003)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Ihnen das Projekt „Ausweis für Personen mit Zivilinvalidität“ in der Autonomen Provinz Bozen vorstellen. Zusätzlich wird erklärt, warum dieses Projekt durchgeführt und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden.

Wir bitten Sie folgende Informationen aufmerksam zu lesen:

1) Beschreibung des Projektes und Verwendung der Daten

Das oben genannte Projekt ist von der Autonomen Provinz Bozen ausgearbeitet worden, um Ihnen, sollten Sie dies wünschen, einen „Zivilinvalidenausweis“ kostenlos zuzuschicken. Mit diesem Ausweis möchte man besonders auch **den Datenschutz bezüglich Ihres Krankheitsbildes** gewährleisten. Der Ausweis kann z.B. vorgelegt werden, um eventuelle Vergünstigungen in Kinos, Schwimmbädern, Museen, Geschäften, Parks, usw. innerhalb der Autonomen Provinz Bozen zu erhalten. Somit ist es nicht mehr notwendig bei Nachfrage den bisherigen Befund der Ärztekommision des Sanitätsbetriebes vorzuweisen, aus welchem die Diagnose und das Krankheitsbild hervorgehen.

Auf dem Ausweis werden Ihr Vorname, Name, Steuernummer, Geburtsdatum, Prozentsatz der Invalidität je nach Schwere der Behinderung (46% - 73%, 74% - 99% e 100%) und Gültigkeit (sofern eine Revision vorgesehen ist), vermerkt.

Dieser Ausweis ersetzt nicht jene Bescheinigungen, die in der Vergangenheit von verschiedenen sozio-sanitären Einrichtungen ausgestellt wurden, genauso wenig, wie das Erkennungszeichen für gehbehinderte Invaliden. Der Ausweis berechtigt auch nicht zu zusätzlichen Leistungen für Personen mit einer Invalidität von über 45%.

2) Zustimmung

Um den oben genannten Ausweis ausstellen zu können, benötigen wir Ihre Zustimmung. Diese Zustimmung ist freiwillig. Es hat also keine Folgen, falls Sie die Ausstellung des Ausweises nicht wünschen. Sollten Sie die Zustimmung nicht erteilen, nehmen Sie an diesem Projekt nicht teil und

T:\01-Betriebsdirektion\Abteilungsdirektoren der Betriebsdirektion\Reinstaller_Dr. Evelyn\2012_06_25_Ausweis_Zivilinvaliden.de.doc

Sparkassenstraße 4 | 39100 Bozen via Cassa di Risparmio, 4 | 39100 Bolzano

Tel. 0471 223 601 | Fax 0471 223 651 tel. 0471 223 601 | fax 0471 223 651

http://www.sabes.it | gd@sabes.it http://www.asdaa.it | dg@asdaa.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211 Cod. fisc./P. IVA 00773750211

erhalten auch keinen Ausweis; das heißt, um die oben genannten eventuellen Vergünstigungen zu erhalten, wird es nach wie vor notwendig sein, den Befund der Ärztekommision des Sanitätsbetriebes vorzuweisen.

Falls Sie hingegen die Zustimmung erteilen und das beiliegende Formular "Zustimmung für die Verwendung der personenbezogenen Daten im Rahmen des Projektes Ausweis für Personen mit Zivilinvalidität und Anfrage für die Zusendung des Ausweises" ausfüllen, wird Ihnen der Ausweis an die Anschrift, die Sie uns auf dem Formular angegeben haben, geschickt.

Das vollständig ausgefüllte Formular kann wie folgt eingereicht werden:

- per Post an die im Formular angegebene Anschrift.
- per Fax an die im Formular angegebene Nummer;
- per E-mail in Pdf Format an die im Formular angegebene Adresse;
- im Gesundheitssprengel des Gesundheitsbezirkes.

3) Datenverarbeitung

Die von Ihnen angegebenen Daten werden vom Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, Inhaber der Datenverarbeitung, auch in elektronischer Form für die Abwicklung der notwendigen Tätigkeiten für die Ausstellung des Ausweises für Personen mit Zivilinvalidität, verarbeitet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und werden auch nicht anderweitig verbreitet.

4) Rechte (Art. 7 und folgende des Datenschutzgesetzes)

Sie können sich jederzeit Informationen über Ihre in unserem Besitz befindlichen Daten verschaffen, in Erfahrung bringen, wie wir diese eingeholt haben, deren Korrektheit, Vollständigkeit, Aktualisierung und korrekte Aufbewahrung überprüfen. Weiters können Sie die Namen der Verantwortlichen in Erfahrung bringen und Ihre Rechte diesbezüglich ausüben.

5) Weitere Informationen

Weitere Informationen und Klarstellungen finden Sie unter der Internetadresse: <http://www.provinz.bz.it/sozialwesen> und unter folgenden Telefonnummern:

Gesundheitsbezirk Bozen – Invalidenbetreuung: 0471/909282
Gesundheitsbezirk Meran – Invalidenbetreuung: 0473/264718
Gesundheitsbezirk Brixen – Invalidenbetreuung: 0472/813650
Gesundheitsbezirk Bruneck – Invalidenbetreuung: 0474/586533

Freundliche Grüße

Der stellvertretende Generaldirektor
Dr. Oswald Mayr

