All. A)

Modulistica per la domanda di contributo V.I. e per la presentazione del progetto individuale di V.I

DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE (ex D.G.R.T. n °146/2012)

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |___|___|___|___|___|___|___|___| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza_____ n° _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Stato civile[a]_____ Cittadinanza[b]_____

Vedi note fine pagina

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc*.)
_____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il |___|___|___|___|___|___|___|___| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za_____ n° _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Stato civile[a]_____ Cittadinanza[b]_____

Vedi note fine pagina

NOTE :

[a] Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

[b] Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n……. rilasciata alla Questura di ……..... con scadenza il……. o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data…….. Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)……..

- Vista la Delibera n. 146 del 27/02/2012 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/assistenti personale/i.

- Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

- di poter usufruire, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.
A tale scopo

DICHIARA

che la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente:

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO					
	I° COMPONENTE	II° COMPONENTE	III° COMPONENTE	IV° COMPONENTE	V° COMPONENTE
COGNOME/ NOME					
RELAZIONE					
LUOGO DI NASCITA					
DATA DI NASCITA					
ATTIVITA'					

QUADRO C – INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza _____vani n. _____

- ☐ Di proprietà (o con mutuo)
- ☐ In uso gratuito
- ☐ Usufrutto
- ☐ In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto
- ☐ Altro

Presenta servizi igienici adeguati Sì No

Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi Sì No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali Sì Esterne Interne
No

DICHIARA INFINE

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

QUADRO D - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:

Cognome/Nome

_____

nato/a il |___|___|___|___|___|___|___|___| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za. _____ n° _____

CAP_____ Tel. _____

Codice Fiscale: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

_____

_____

Data_____ Firma_____

OPPURE

QUADRO E - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE[1]

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____(Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome)_____

_

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data_____ Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma_____

1 Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti dell'U.F. Assistenza Sociale Territoriale Zona Valdera nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 5 di Pisa è il Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'U.F. Assistenza Sociale Territoriale Zona Valdera.

Il personale del dell'U.F. Assistenza Sociale Territoriale Zona Valdera nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

QUADRO F - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, DPR 445/2000) previa esibizione del seguente documento di identità:

_____

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data_____ Firma_____

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

OPPURE

QUADRO H - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 445/2000 è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Il Quadro A deve contenere i dati relativi al soggetto beneficiario che richiede direttamente il contributo di vita indipendente.

Il Quadro A1 deve essere compilato nel caso in cui l'autocertificazione è presentata da soggetto diverso dal beneficiario.

Il Quadro B deve contenere dati e dichiarazioni relativi a tutti i componenti il nucleo anagrafico dell'interessato.

Il Quadro C deve contenere i dati relativi all'abitazione.

Il Quadro D deve essere compilato nel caso in cui l'interessato sia soggetto ad assistenza da parte di un amministratore di sostegno: la dichiarazione è quindi sottoscritta dallo stesso amministratore di sostegno, **senza alcuna autentica di sottoscrizione,** indicando gli estremi del provvedimento di nomina di amministratore di sostegno.

Il Quadro E deve essere riempito quando l'interessato non sa o non può firmare per impedimento fisico o analfabetismo. In tal caso la dichiarazione deve essere resa dinanzi a un **Pubblico Ufficiale** (notaio, cancelliere, segretario comunale, ufficiale di anagrafe incaricato dal sindaco, assistente sociale incaricato a seguito di apposito atto dirigenziale).

Il Quadro F viene utilizzato in caso di presentazione diretta allo sportello della domanda da parte dell'interessato o di altro soggetto che effettua la dichiarazione.

Il Quadro H riguarda le seguenti modalità di invio della domanda:

- □ **In caso di invio per posta,** la busta contenente la presente domanda deve essere inviata al seguente indirizzo tenendo presente che fa fede la data del timbro postale:

Direttore Società della Salute Zona Valdera
D.ssa Patrizia salvadori
Via Fantozzi, 14
56025 Pontedera

- □ **in caso di invio per posta elettronica** inviare al seguente indirizzo: l.guerrini@usl5.toscana.it

- □ **In caso di invio per altra persona,** la presente domanda deve essere consegnata, secondo le modalità e gli orari previsti nei singoli bandi.

In tali casi, occorre allegare fotocopia del documento valido di identità del dichiarante.

Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente 2012

Il/la sottoscritto/a

Nome_____ Cognome_____

Con domicilio (se diverso dalla residenza) in:
via/P.zza_____
_____
recapito telefonico: fisso_____
cellulare _____
Fax n._____
Indirizzo di posta elettronica _____

Essendo stato/a riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di *handicap* in data ___ / ____ / _____ con verbale n**.** _____ rilasciato da_____
_____come persona con *handicap* in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art**.** 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (***da allegare al presente modulo***).

DICHIARA

Invalidità civile SI |__|__|__| % NO

Percepisce indennità di accompagnamento? SI NO

Altri cespiti e contributi non soggetti ad IRPEF (per es. RENDITE INAIL)
SI Imp. Annuale €_____
NO

Diagnosi Principale _____

Altre patologie presenti _____
_____
_____

Cognome e nome del medico curante_____

Cognome e nome dello specialista di riferimento _____

Vista la Delibera n. 146 del 27/02/2012 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente attivati mediante l'assunzione di assistente/assistenti personale/i.

Dichiara, inoltre, di:

Svolgere un lavoro? SI NO

Se SI, quale?

_____

_____

Seguire un corso di studio? SI NO

Se SI, quale?

_____

_____

Essere in possesso di patente di guida? SI NO

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta?

_____

_____

La zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

_____

_____

_____

E' seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari? SI NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

_____

_____

_____

_____

E' disposto a rinunciare agli interventi di cui già beneficia, se previsti nel progetto di vita indipendente?

SI NO

N.B. Si ricorda che ai sensi dell'Atto d'indirizzo, di cui alla delibera n. 146 del 27/02/2012, l'intervento previsto consiste solo nell'assunzione di assistente/i personale/i, con i tempi ed i modi indicati nel progetto e gestito autonomamente e direttamente dalla persona; l'intervento deve coordinarsi e integrarsi con gli altri in modo da garantire l'autonomia e la domiciliarità della persona.

Necessita di assistente/i personale/i per le seguenti attività:

Alzarmi da letto	SI	NO
Coricarmi	SI	NO
Lavarmi mani e viso	SI	NO
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI	NO
Usare i servizi igienici	SI	NO
Igiene intima	SI	NO
Fare il bagno o la doccia	SI	NO
Vestirmi e spogliarmi	SI	NO
Assistenza notturna	SI	NO
Pulire la casa	SI	NO
Riordinare la casa	SI	NO
Fare la spesa o acquisti	SI	NO
Preparare i pasti	SI	NO
Mangiare	SI	NO
Bere	SI	NO
Lavare biancheria e stoviglie	SI	NO
Utilizzare strumenti informatici	SI	NO
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)	SI	NO
Assistenza per lo studio	SI	NO
Assistenza personale in ambito universitario	SI	NO
Accompagnamento al lavoro	SI	NO
Aiuto sul posto di lavoro	SI	NO
Spostarsi in carrozzina	SI	NO
Aiuto nel camminare	SI	NO
Accompagnamento fuori casa	SI	NO
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI	NO
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI	NO
Accompagnamento in vacanza	SI	NO
Assumere medicinali	SI	NO
Utilizzo di mezzi pubblici	SI	NO
Scrivere	SI	NO
Leggere	SI	NO
Comunicare	SI	NO
Aiuto nella gestione dei figli minori	SI	NO
Attività culturali	SI	NO
□empo libero	SI	NO
Attività sportive	SI	NO
Viaggi	SI	NO

Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico?

SI NO

Se SI, per quante ore settimanali: |__|__|__| ad un costo di **€ _____** orari lordi nelle ore feriali diurne, a **€ _____** orari lordi nelle ore feriali notturne, a **€ _____** orari lordi nelle ore festive diurne, a **€ _____** orari lordi nelle ore festive notturne, per un totale di **€ _____** mensili lordi**.**

Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l'assiste, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:

1)

2)

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (*es. mantenere il posto di lavoro, ridurre il rischio di istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre persone o con il partner, etc*.).

Per quanto sopra specificato, e dato che la/e persona/e capace/i di prestarmi idonea assistenza personale si trova/no ad un costo di **€ _____** orari lordi nelle ore feriali diurne, a **€ _____** orari lordi nelle ore feriali notturne, a **€ _____** orari lordi nelle ore festive diurne, a **€ _____** orari lordi nelle ore festive notturne, chiedo l'assegnazione di n. _____ ore di assistenza per un totale di **€ _____** mensili lordi.

Il presente formulario, oltre alla certificazione L. 104/92, ha allegati? SI NO

Se SI, quanti? (*specificare il numero e la tipologia*): n° |__|__| allegati

Tipologia