

DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE

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 civilea _____ Cittadinanzab _____

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 civilea _____ Cittadinanzab _____

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 Giunta Regione Toscana n. 1329 del 29/12/2015 ad oggetto "Approvazione nuovo "Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente" Revoca delibere n. 146 del 27 febbraio 2012 e n. 68 del 4 febbraio 2013. Assegnazione risorse annualità 2016".

- 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- annualità 2016
 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'					

OPPURE

QUADRO E - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE¹

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 _____

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 dei compiti istituzionali relativi al Progetto Vita Indipendente e viene eseguito presso gli Uffici competenti della Azienda Usl Toscana Centro –Zona Fiorentina Sud-Est nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti, nel rispetto delle finalità indicate; 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 dalla legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa. L'eventuale rifiuto a fornire tutti o parte di essi potrebbe causare la mancata erogazione del servizio previsto dal Progetto 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 30/06/1993 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 la richiesta al titolare.
- L'Azienda USL Toscana Centro è il Titolare del trattamento dei dati personali getsiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.
- Responsabile del trattamento è la dr.ssa Daniela Manzoli (UVM).
-

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 presta/non presta il **Suo consenso** al trattamento dei dati personali (sensibili) per i fini indicati nella suddetta informativa

Data _____

**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:

- 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 2016

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 Giunta Regione Toscana n. 1329 del 29/12/2015 ad oggetto "Approvazione nuovo "Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente" Revoca delibere n. 146 del 27 febbraio 2012 e n. 68 del 4 febbraio 2013. Assegnazione risorse annualità 2016".

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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Coricarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi mani e viso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usare i servizi igienici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Igiene intima	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare il bagno o la doccia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vestirmi e spogliarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza notturna	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pulire la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Riordinare la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Preparare i pasti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mangiare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavare biancheria e stoviglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzare strumenti informatici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza per lo studio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza personale in ambito universitario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento al lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto sul posto di lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Spostarsi in carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nel camminare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento fuori casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento in vacanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assumere medicinali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi pubblici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scrivere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leggere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Comunicare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nella gestione dei figli minori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività culturali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Viaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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) _____

o 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