

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

[illegible][illegible]

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

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 1329 del 29/12/2015 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente;

Visto l'Avviso per la presentazione di progetti di vita indipendente pubblicato dalla Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest in data 22/02/2016;

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.

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

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov.

Relazione _____

Attività _____

II° componente

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov.

Relazione _____

Attività _____

III° componente

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov.

Relazione _____

Attività _____

IV° componente

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov.

Relazione _____

Attività _____

V° componente

Cognome/Nome _____

nato/a il |__|_|_|_|_|_|_|_|_| a _____ Prov.

Relazione _____

Attività _____

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 dal contratto

|__| altro

Presenta servizi igienici adeguati	__ SI	__ NO
Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi	__ SI	__ NO
Presenta barriere fisiche e/o sensoriali	__ SI Esterne	__ SI 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 di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ Firma _____

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 _____

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 della Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest nel rispetto delle leggi e dei 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 dalla 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.

La Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest 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 Direttore della Società della Salute Zona Fiorentina Nord Ovest.

Il personale del PUA (Punto Unico di accesso) e dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

QUADRO F - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLA SEGRETERIA S.D.S.

In caso di domanda presentata all'Ufficio Segreteria SdS Zona Fiorentina Nord Ovest, via Gramsci, 561, dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12 .

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_____

OPPURE

QUADRO G - INVIO PER FAX, PER E.MAIL, PER POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

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.

In questo caso i progetti possono essere presentati con la seguente dicitura "Progetto di vita indipendente – annualità 2016".

Essi dovranno essere inviati tramite e.mail al seguente indirizzo di posta elettronica: sds.nordovest@asf.toscana.it o di PEC al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it , allegando fotocopia di un documento della persona che presenta il progetto ed eventualmente copia del documento di chi presenta il progetto, se non è l'interessato stesso

oppure

inviati via fax al numero 055-6930223, allegando fotocopia di un documento della persona che presenta il progetto ed eventualmente copia del documento di chi presenta il progetto, se non è l'interessato stesso.

In caso di invio per email, posta elettronica certificata o fax fa fede la data di invio riportata elettronicamente nella e.mail, pec o fax

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 i dati e le dichiarazioni relativi a tutti i componenti del nucleo anagrafico.

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 alla segreteria della domanda da parte dell'interessato o di altro soggetto che effettua la dichiarazione.

Il Quadro G viene utilizzato nel caso di invio della domanda per fax, per e.mail, per posta elettronica certificata.

Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente 2016

Il/la sottoscritto/a

Cognome/Nome _____
Con domicilio (se diverso dalla residenza) in
Via/P.zza _____ n° _____
Recapito telefonico: fisso _____ cellulare _____
Fax n. _____ Indirizzo e.mail _____

Essendo stato 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 a IRPEF (es. rendite INAL)

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 della Giunta Regionale Toscana n. 1329 del 29/12/2015 avente ad oggetto "Approvazione nuovo 'Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente' Revoca Delibere n. 146 del 27/02/2012 e n. 68 del 04/02/2013. 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 servita dai mezzi pubblici di trasporto SI |___| NO |___|

Se NO specificare quali sono le problematiche

E' seguito dai servizi 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)

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

indipendente SI |__| NO |__|

Necessita di assistente personale per le seguenti attività

Alzarsi da letto	SI __	NO __
Coricarsi	SI __	NO __
Lavarsi mani e viso	SI __	NO __
Lavarsi i capelli e pettinarsi	SI __	NO __
Usare i servizi igienici	SI __	NO __
Igiene intima	SI __	NO __
Fare il bagno o la doccia	SI __	NO __
Vestirsi e spogliarsi	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 (banca, posta, uffici pubblici, ecc.)	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 __
Tempo 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, ecc.)

[illegible]

Per quanto sopra specificato, e dato che la/le persona/e capace/i di prestare 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. 104/1992, ha allegati? SI |___| NO |___|

Se SI, quanti? (*specificare il numero e la tipologia*) n. |___|___|___| allegati

Tipologia degli allegati:

1)

2)

3)
