

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di (*amministratore di sostegno o tutore*)

_____ del sotto indicato destinatario:

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome/Nome _____

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

e residente in _____

Via/P.za _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di posta elettronica _____

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

Vedi note

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)

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 potere usufruire, sulla base della valutazione effettuata dalla UVMD, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Toscana "VITA INDIPENDENTE" cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus nell'ambito dell'avviso "Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società" approvato con Decreto dirigenziale regionale n° 20946 del 13/09/2024 codice progetto S.I. FSE: 316655 - CUP I99I24000510008

A tale scopo

DICHIARA

QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92
(barrare) **(SI)** **(NO)** *allegare certificazione di gravità*

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale
(barrare) **(SI)** **(NO)** se SI: %

- diagnosi principale

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

(nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone di cui con disabilità/non autosufficienza.....

QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE (barrare)

(riferita all'abitazione nella quale si realizza il progetto)

Disponibilità di un alloggio	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		Usufrutto/ titolo gratuito	Altro
Collocazione dell'abitazione	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili
Barriere architettoniche	Assenti	Presenti	Superabili con ausili	Superabili con adeguamenti

QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo regionale
- contributo per progetto InAut
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare)
- altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): **(SI) (NO)** *(barrare)*

3) Frequenza centro diurno: **(SI) (NO)** *(barrare)*

4) Assistenza domiciliare diretta: **(SI) (NO)** *(barrare)*

5) Trasporto sociale: **(SI) (NO)** *(barrare)*

6) Inserimento permanente in una struttura residenziale: **(SI) (NO)** *(barrare)*

7) Altro servizio pubblico sociosanitario: **(SI) (NO)** *(barrare)*

(specificare)

QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI

1) Attività lavorativa: Attuale

Pregressa

Altro

2) Titolo di studio:

3) Patente di guida: **(SI) (NO)** *(barrare)*



QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE

Necessita di assistente personale per le seguenti attività di vita quotidiana:

CURA DELLA PERSONA:

Igiene personale (SI) (NO) (barrare)

Funzioni fisiologiche (SI) (NO) (barrare)

Abbigliamento (SI) (NO) (barrare)

Alimentazione (SI) (NO) (barrare)

CURA DELLA CASA (SI) (NO) (barrare)

GESTIONE DEL DENARO (SI) (NO) (barrare)

ASSUNZIONE MEDICINALI (SI) (NO) (barrare)

DEAMBULAZIONE (SI) (NO) (barrare)

SUPERVISIONE DIURNA (SI) (NO) (barrare)

SUPERVISIONE NOTTURNA (SI) (NO) (barrare)

Attualmente è già in essere un contratto di lavoro con un assistente personale

(SI) (NO) (barrare)

Se SI, per quante ore settimanali: |

per un totale di € mensili lordi.

QUADRO H – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ECONOMICA

- di percepire:

- reddito da lavoro (barrare) **(SI) (NO)**
- reddito da pensione (barrare) **(SI) (NO)**
- invalidità civile (barrare) **(SI) (NO)**
- indennità di accompagnamento (barrare) **(SI) (NO)**
- altre indennità (barrare) **(SI) (NO)**
- indennità di frequenza (barrare) **(SI) (NO)**
- rendita (barrare) **(SI) (NO)**

per un totale di euro

Per quanto sopra specificato,

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di Vita Indipendente di seguito descritto

QUADRO I – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

(È possibile barrare uno o più obiettivi)

- supporto a percorso lavorativo;
- supporto a percorso formativo;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorso lavorativo:

Data inizio e data fine:

Ente e sede:

Specificare:

- autonomo, dipendente, pubblico, privato:

- determinato, indeterminato:

- part time/ full time: (numero ore)

Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età con disabilità (SI) (NO) (*barrare*)

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio:

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Specificare nuova condizione abitativa.....

Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio:

Durata: (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:.....

Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

Mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

QUADRO L – TIPOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO H, SPECIFICARE:

1. Assistente personale

Numero assistenti

Numero ore settimanali contrattualizzate

Stima spesa media mensile.....

2. Fisioterapista

Numero ore settimanali/mensili

Stima spesa media mensile.....

• Trasporto (barrare scelta):

Pubblico stima spesa media mensile.....

Privato Sociale stima spesa media mensile.....

• Attività sportiva

Numero ore settimanali/mensili

Stima spesa media mensile.....

Stima spesa media mensile:

Ai fini di una corretta e completa valutazione, descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intendono raggiungere con l'attuazione del progetto:

.....
.....
.....
.....

Inoltre, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° |__|__| allegati

Tipologia:

.....
.....

DICHIARA

QUADRO M - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno o da un tutore:

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 N - 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/la 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 sulla *privacy* ai sensi del regolamento UE n° 2016/679 in relazione al progetto “VITA INDIPENDENTE” cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus nell'ambito dell'avviso “Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società” approvato con Decreto dirigenziale regionale n° 20946 del 13/09/2024 codice progetto S.I. FSE: 316655 - CUP I99I24000510008

Descrizione del presente documento

La Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest, quale titolare del trattamento, descrive come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati personali delle persone richiedenti l'attivazione del progetto VITA INDIPENDENTE cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus nell'ambito dell'avviso “Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società” approvato con Decreto dirigenziale regionale n° 20946 del 13/09/2024 codice progetto S.I. FSE: 316655 - CUP I99I24000510008.

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento è la Società della salute Zona fiorentina Nord Ovest, con sede in Sesto Fiorentino via Gramsci 561 Sesto Fiorentino (FI), e.mail sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it , pec direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it.

Responsabile della protezione dati è l'avv. Michele Morriello, con sede in Firenze , viale Gramsci 53, e.mail m.morriello@studiolegalemorriello.it.

Fonte dei dati personali

I dati personali raccolti sono quelli forniti al momento della sottoscrizione del piano di spesa e di accettazione del buono servizio.

Trattamento dei dati personali

I dati personali, compresi i c.d dati sensibili, sono trattati esternamente presso il domicilio o la residenza delle persone beneficiarie dei buoni servizio per il tempo strettamente necessario e per finalità esclusivamente di assistenza e di riabilitazione oppure per finalità di rendicontazione a fini amministrativi ed economici a al solo fine della realizzazione del progetto.

Comunicazione dei dati

I dati personali delle persone richiedenti non saranno comunicati a terzi salvo i casi di seguito descritti e previo consenso dei diretti interessati:

- a fornitori di servizi informatici per la gestione informatizzata dei documenti;
- a soggetti istituzionali per fini istituzionali quali l'Azienda USL Toscana Centro, le aziende ospedaliere universitarie, il Comune della Zona fiorentina Nord Ovest e eventuali altri Comuni, le Autorità Giudiziarie, le Forze di Polizia, la Regione Toscana, il Ministero della Salute, ecc.

Trasferimento internazionale dei dati

I dati personali saranno trattati esclusivamente all'interno del territorio italiano ed europeo. Non saranno inviati in altri paesi extraeuropei.

Sicurezza

Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza e di protezione organizzative, amministrative e tecniche con particolare riferimento ai dati informatizzati per garantire l'utilizzo dei dati soltanto per il tempo strettamente necessario e soltanto da parte degli operatori, sia esterni che interni alla Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest, secondo le rispettive competenze e al solo fine della realizzazione del progetto, cioè dello scopo istituzionale per il quale sono stati raccolti.

Conservazione dei dati

Secondo la normativa specifica in materia di conservazione e di archiviazione dei documenti, la documentazione inerente il progetto in questione sarà conservata per 10 anni a decorrere dal momento in cui sono cessate le relative prestazioni.

Accesso ai propri dati personali e diritti degli interessati

Le persone dirette interessate o i soggetti legittimati in loro rappresentanza (tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, delegato) possono in qualsiasi momento accedere ai propri dati e chiedere eventuali aggiornamenti, rettifiche o cancellazioni, oppure possono chiedere che i loro dati personali siano rimossi dagli archivi della Società della Salute di Zona fiorentina Nord Ovest (in base al c.d. diritto all'oblio introdotto dal Regolamento UE n. 679/2016).

Gli utenti possono revocare il consenso all'utilizzo dei propri dati c.d. sensibili in qualsiasi momento. In tal caso non sarà più possibile continuare a erogare le prestazioni socio-sanitarie connesse a tali dati.

Infine, le persone interessate possono chiedere in qualsiasi momento una copia oppure una revisione e/o ricognizione dei propri dati detenuti e conservati dalla Società della Salute Zona fiorentina Nord Ovest.

Le persone possono esercitare i loro diritti come sopra descritto scrivendo al seguente indirizzo: sds.firenzenordovest@uslcentro.toscana.it.

Quesiti e reclami

Per ulteriori dettagli e maggiori informazioni è sempre possibile contattare il titolare del trattamento o il Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi e.mail sopra evidenziati.

E' sempre possibile contattare direttamente l'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali) con sede in Piazza Montecitorio n. 121, 00186, Roma, tel. 06/696771, e-mail: garante@gpdp.it, pec: protocollo@pec.gpdp.it.

Data: ____ / ____ / _____

Per presa visione: _____
(firma)

Per consenso espresso al trattamento dei dati c.d. sensibili di cui alle categorie dell'art. 9 del Regolamento UE n. 679/2016

(firma)