



DOMANDA DI VALUTAZIONE Progetto PerTuttiNoi
Legge 22 giugno 2016, n. 112, recante "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle
persone con disabilità grave prive del sostegno familiare"

In caso di richiesta da parte del diretto interessato

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome/Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente a _____ Via/P.zza _____

CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

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

Stato civile ¹ _____ Cittadinanza ² _____

In caso di presentazione da parte di altro soggetto

QUADRO A1- GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di ³ _____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

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

e residente a _____ Via/P.zza _____

CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

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

Stato civile ¹ _____ Cittadinanza ² _____

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

² Italiana/Comunitaria/Extracomunitaria 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)
.....

3 Genitore (se il beneficiario è un minore), amministratore di sostegno o tutore.

CHIEDE

di poter essere valutato al fine di poter beneficiare degli interventi e dei servizi di cui alla DGRT 753 del 10.07.2017 - "Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVM/D).

DICHIARA DI ESSERE INTERESSATO AL PERCORSO:

1) tipologia A:

Esperienze diurne, week end, periodi abitativi medio brevi o medio lunghi, come attività abilitative propedeutiche all'accrescimento dell'autonomia al di fuori dal contesto familiare (art. 3 comma 2 e 3, DM 23/11/2016) o percorsi di deistituzionalizzazione;

2) tipologia B

Soluzione abitativa ad alta integrazione sociale o in co-housing o gruppo appartamento (art. 3 comma 4, DM 23/11/2016)

3) tipologia C

Laboratori innovativi per l'accrescimento delle capacità e competenze. Attività di sostegno ai familiari in preparazione al dopo di noi (art. 3 comma 6 e 5, DM 23/11/2016).

DICHIARA DI ESSERE

- Cittadino residente in uno dei comuni afferenti alla Zona/Distretto Fiorentina Nord Ovest;
- in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari della Zona F.na Nord-Ovest;
- persona in condizione di disabilità grave certificata ai sensi della Legge 104/92, comma 3, con disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità (allegare certificazione di handicap in corso di validità);
- soggetto privato o di associazione, i cui immobili impiegati sono stati resi disponibili a titolo non oneroso per le finalità dello stesso o nel caso di specifici beneficiari indicati dalla forma di comodato.**
- prive di sostegno familiare, in quanto, alla data della domanda si è verificato una o più delle seguenti condizioni:
 - Persona mancante di entrambi i genitori;
 - Persone mancante di uno dei genitori perché deceduto o non presente;
 - Persone i cui genitori hanno entrambi un'età superiore a 75 anni;
 - Persone in cui un genitore ha età superiore a 75 anni;
 - Persone hanno entrambi disabilità o invalidità certificata;
 - Persone in cui un genitore o un familiare di 2° ha disabilità o invalidità o certificata
 - Persone inseriti in strutture residenziali (grandi istituti) non a carattere familiare
 - Capacità economica della persona ISEE inferiore a 10.000 annui;
 - Capacità economica della famiglia ISEE inferiore a 30.000 annui ;
 - Persone che hanno esperito esperienze temporanee di coabitazione sociale negli ultimi due anni o esperienze similari;
 - Persone che vivono in maniera stabile in coabitazione sociale da almeno due anni o esperienze similari;

- In possesso Attestazione della presentazione dalla **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA** rilasciata dall'Ente _____ con prot. n. _____ del _____ in corso di validità.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente variazioni alle condizioni e ai requisiti sopra elencati e alla situazione sanitaria e di mobilità personale

DICHIARA DI ESSERE 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 de11'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Data,

Firma _____

DICHIARA INOLTRE

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri de1l'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

Data,

Firma _____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- Accertamento dello stato di Handicap in gravità in corso validità con diagnosi non omessa (no omissis)
- Fotocopia documento di identità
- Certificazioni relative allo stato di salute e/o disabilità dei familiari;

Altra documentazione da compilare ed allegare

- 1) Documentazione sanitaria che accerti il grado di autonomia nella mobilità e trasferimenti, eventuale terapia farmacologica in corso, eventuali allergie e ipersensibilità (Scheda 1 a cura del medico curante – Valutazione del grado di autosufficienza)
- 2) Eventuale documentazione per coloro che hanno già avuto esperienze alloggiative assimilabili al progetto PerTuttiNoi:
 - a) scheda di presentazione su carta intestata con denominazione della struttura e sede, mission, sottoscritta per condivisione dal responsabile struttura e dal diretto interessato o legale rappresentante
 - b) percorso in atto (obiettivi raggiunti) di pertinenza di operatori della struttura quali educatori o psicologi e note relative alla capacità e autonomia relazionale all'interno ed esterno della comunità (attività svolte e reti sociali coinvolte);
 - c) Sintesi descrittiva eventuale percorso a favore di genitori o familiari (obiettivi raggiunti);

3) Scheda Barthel Index di pertinenza di una figura sanitaria (infermiere/riabilitatore) datata e con firma leggibile

COMUNICA

(da compilare solo se i dati sono diversi da quelli relativi al dichiarante)

che le comunicazioni relative al procedimento in oggetto dovranno essere fatte al/alla Sig./Sig.ra

_____ in qualità di _____

Via/P.za _____ tel. _____

e-mail _____

QUADRO B – Dato 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.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

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

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

Data _____ Firma _____

OPPURE

QUADRO C – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE⁴

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 (art. 4 DPR 28 dicembre 2000, n. 445).

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 _____

⁴ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

La consegna della presente dichiarazione deve avvenire presso la **Segreteria della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, via Gramsci 561 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)**

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

QUADRO D – PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art.38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445) 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 E – INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt.38 e 45 del DPR 28 dicembre 2000, n. 455, 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.

