

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

(Ai sensi della Delibera Regionale 1472 del 17/12/2018 "Modifica dell'allegato A) alla DGR n. 1329/2015)

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

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 Regionale 1472 del 17/12/2018 “Modifica dell'allegato A) alla DGR n. 1329/2015 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 UVMD 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

- **di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg.UE 2016/679.**
- **INFORMATIVA PRIVACY – scaricabile dal sito <http://www.sds.prato.it>**

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 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 _____

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE NUOVE DOMANDE:

L'apposito modulo di domanda è scaricabile online sul Sito Società della Salute Pratese
www.sds.prato.it

Le domande, con la dicitura "Progetto Vita Indipendente", dovranno essere inviate con le seguenti modalità:

- tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica
valutazionedisabilita.prato@uslcentro.toscana.it

- Consegna a mano o invio postale in busta chiusa presso
Ufficio Protocollo generale Azienda USL Toscana Centro - Prato Piazza Ospedale 5 -
59100 PRATO.

La consegna a mano è possibile nei seguenti orari:
dal martedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

Modulo di domanda e progetto Vita Indipendente (Allegato A dell'Avviso)

Certificazione di gravità di cui all'art 3 comma 3 della Legge 104/92.

Copia carta di identità in corso di validità di chi sottoscrive la domanda

¹

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).

Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente

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

Invalità civile SI ☉ |__|__|__| % NO ☉

Percepisce indennità di accompagnamento? SI ☉ 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. e delle successive modifiche di cui alla Regionale 1472 del 17/12/2018 "Modifica dell'allegato A) alla DGR n. 1329/2015

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. Regionale 1472 del 17/12/2018 "Modifica dell'allegato A) alla DGR n. 1329/2015 , l'intervento previsto consiste 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="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Coricarmi	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Lavarmi mani e viso	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Usare i servizi igienici	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Igiene intima	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Fare il bagno o la doccia	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Vestirmi e spogliarmi	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Assistenza notturna	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Pulire la casa	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

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

Necessita eventualmente dei seguenti ulteriori interventi di supporto:

Ausili domotici per l'ambiente domestico non previsti dal SSN	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Spese per l'acquisto di servizi di trasporto	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Ausili informatici ai fini didattici e lavorativi	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

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.

Specificare eventuali spese una tantum per servizi di supporto:

- Domotica € _____
- Trasporti € _____
- Ausili informatici € _____

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
