All. A) Modulistica per la domanda di contributo V.I. e per la presentazione del progetto individuale di V.I

DOMANDA PER CONTRIBUTO PROGETTO REGIONALE "VITA INDIPENDENTE"

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

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. _____

Fiscale:_____|__|__|__Codice ||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 n. 1472 del 17/12/2018 “Modifica dell'allegato A) alla DGR n. 1329/2015” e ss.mm.e ii., riguardanti l’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					
	1° COMPONENTE	2° COMPONENTE	3° COMPONENTE	4° COMPONENTE	5° 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. _____

⓪ Di proprietà (o con mutuo)

⓪ In uso gratuito

⓪ Usufrutto

⓪ In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto

⓪ Altro

Presenta servizi igienici adeguati ⓪ Sì ⓪ No

Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi ⓪ Sì ⓪ No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali ⓪ Sì Esterne ⓪ Interne ⓪
⓪ 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 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 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 Regionale "Vita Indipendente ", dovranno essere inviate con le seguenti modalità:

- via posta elettronica al seguente indirizzo: **valutazionedisabilita.prato@uslcentro.toscana.it**
- tramite invio postale, in busta chiusa, presso: Ufficio Protocollo Generale Azienda USL Toscana Centro - Prato Piazza Ospedale 5 - 59100 PRATO.

DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- modulo di domanda Progetto Regionale "Vita Indipendente" (allegato A dell'avviso),
- certificazione di riconoscimento di handicap in situazione di gravità, di cui all'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992,
- certificazione di riconoscimento invalidità civile,
- copia carta di identità in corso di validità di chi sottoscrive la domanda e, se persona diversa dal sottoscrittore, del candidato al contributo

[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 residenza nel Comune di _____

Via/Piazza _____

Con domicilio (se diverso dalla residenza) nel Comune di _____

Via/P.zza_____

_____

recapito telefonico fisso _____

cellulare_____

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 ⓪ |__|__|__| % NO ⓪

Percepisce indennità di accompagnamento? SI ⓪ NO ⓪

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 ⓪ NO ⓪

Se SI, quale?

_____

_____

Seguire un corso di studio? SI ⓪ NO ⓪

Se SI, quale?

_____

_____

Essere in possesso di patente di guida? SI ⓪ NO ⓪

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta?

_____

_____

La zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto? SI ⓪ NO ⓪

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche

_____

_____

_____

E' seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari? SI ⓪ NO ⓪

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 ⓪ NO ⓪

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 e ss.mm.e ii., 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 ⓪	NO ⓪
Coricarmi	SI ⓪	NO ⓪
Lavarmi mani e viso	SI ⓪	NO ⓪
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI ⓪	NO ⓪
Usare i servizi igienici	SI ⓪	NO ⓪
Igiene intima	SI ⓪	NO ⓪
Fare il bagno o la doccia	SI ⓪	NO ⓪
Vestirmi e spogliarmi	SI ⓪	NO ⓪
Assistenza notturna	SI ⓪	NO ⓪
Pulire la casa	SI ⓪	NO ⓪

Riordinare la casa	SI ⓪	NO ⓪
Fare la spesa o acquisti	SI ⓪	NO ⓪
Preparare i pasti	SI ⓪	NO ⓪
Mangiare	SI ⓪	NO ⓪
Bere	SI ⓪	NO ⓪
Lavare biancheria e stoviglie	SI ⓪	NO ⓪
Utilizzare strumenti informatici	SI ⓪	NO ⓪
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)	SI ⓪	NO ⓪
Assistenza per lo studio	SI ⓪	NO ⓪
Assistenza personale in ambito universitario	SI ⓪	NO ⓪
Accompagnamento al lavoro	SI ⓪	NO ⓪
Aiuto sul posto di lavoro	SI ⓪	NO ⓪
Spostarsi in carrozzina	SI ⓪	NO ⓪
Aiuto nel camminare	SI ⓪	NO ⓪
Accompagnamento fuori casa	SI ⓪	NO ⓪
Accompagnamento a visite mediche/esami clinici	SI ⓪	NO ⓪
Accompagnamento a trattamenti di riabilitazione/fisioterapia	SI ⓪	NO ⓪
Accompagnamento in vacanza	SI ⓪	NO ⓪
Assumere medicinali	SI ⓪	NO ⓪
Utilizzo di mezzi pubblici	SI ⓪	NO ⓪
Scrivere	SI ⓪	NO ⓪
Leggere	SI ⓪	NO ⓪
Comunicare	SI ⓪	NO ⓪
Aiuto nella gestione dei figli minori	SI ⓪	NO ⓪
Attività culturali	SI ⓪	NO ⓪
❄empo libero	SI ⓪	NO ⓪
Attività sportive	SI ⓪	NO ⓪
Viaggi	SI ⓪	NO ⓪

Necessita eventualmente dei seguenti ulteriori interventi di supporto:

Ausili domotici per l'ambiente domestico non previsti dal SSN	SI ⓪	NO ⓪
Spese per l'acquisto di servizi di trasporto	SI ⓪	NO ⓪
Ausili informatici ai fini didattici e lavorativi	SI ⓪	NO ⓪

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 ⓪ NO ⓪

Se SI, per quante ore settimanali: |___|___|___| ad un costo di € _____ orario/lordi nelle ore feriali diurne, e a € _____ orario/lordi nelle ore feriali notturne, a € _____ orario/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 di cui alla L. 104/1992 e alla certificazione di invalidità civile, ha altri allegati? SI ⓪ NO ⓪

Se SI, quanti? (*specificare il numero e la tipologia*): n° |__|__| allegati

Tipologia