

SDS FIRENZE - DOMANDA PER CONTRIBUTO VITA INDIPENDENTE (ex D.G.R.T. n. 117/2022)

Modello che deve essere utilizzato dalla persone che non beneficiano di un contributo vita indipendente regionale al momento della domanda o dalle persone che ne beneficiano ma intendono presentare un nuovo progetto)

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 civilea _____ Cittadinanzab _____

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 civilea _____ Cittadinanzab _____

Vedi note fine pagina

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 della Giunta Regionale n. 117 del 07/02//2022 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 di cui alla Delibera della Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze n. 4 del 24 febbraio 2016.

Consapevole che l'importo del contributo, se concesso in base allo scorrimento della graduatoria di cui al punto 3b) dell'Avviso, sarà determinato anche in considerazione delle possibilità di copertura finanziaria in base alle risorse disponibili.

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, 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,

DICHIARA

Che quanto riportato nell'allegato Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente costituisce parte integrante della presente dichiarazione;

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' | | | | | |

Che le informazioni sulla propria abitazione sono le seguenti:

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

**MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE
DICHIARAZIONE**

QUADRO F - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO

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 _____

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

OPPURE

QUADRO H - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

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.

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 di Firenze nel rispetto di leggi e 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 dalle 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 di Firenze 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 di Firenze.

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

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).

Il Quadro F viene utilizzato in caso di presentazione diretta allo sportello della domanda da parte dell'interessato o di altro soggetto che effettua la dichiarazione.

Il Quadro H riguarda le modalità di invio della domanda nel caso di invio per posta, per fax, per email, per posta elettronica certificata o tramite altra persona..

Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente

Nome _____ Cognome _____

Con domicilio (se diverso dalla residenza) in:

via/P.zza _____

recapito telefonico: fisso _____

cellulare _____

Fax n. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

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.

Invalidità 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 _____

Svolge un lavoro? SI NO

Se SI, quale?

Segue un corso di studio? SI NO

Se SI, quale?

E' 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 della Giunta Regionale n. 117/2022, l'intervento deve coordinarsi e integrarsi gli altri eventualmente previsti nel PAP in modo da garantire l'autonomia e la domiciliarità della persona.

INTERVENTI PREVISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Necessita di assistente/i personale/i - lettera c) della sezione Rendiconto dell'Atto d'indirizzo regionale approvato con DGRT n. SI NO

Se Sì, per le seguenti attività:

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alzarmi da letto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Coricarmi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Lavarmi mani e viso | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Lavarmi capelli e pettinarmi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Usare i servizi igienici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Igiene intima | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

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

Specificare, laddove si ritenga necessario, le attività sopra indicate:

L'intervento di un assistente personale è previsto per |__|__| ore settimanali (con contratto di convivenza SI NO), per un costo totale per retribuzione, contributi previdenziali e altri oneri, o per acquisto di analoghi servizi presso soggetti accreditati/convenzionati con l'Azienda USL o il Comune, previsto in:

€ _____ su base mensile.

Attualmente si avvale dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico? SI NO

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)

Necessita dei seguenti ulteriori interventi (servizi o ausili) (*) - lettere a), b), d) ed e) della sezione Rendiconto dell'Atto d'indirizzo regionale approvato con DGRT n. 117/222:

| INTERVENTO | COSTO (UNITARIO) PREVISTO | QUANTITA' MENSILE PREVISTA | COSTO MENSILE PREVISTO |
|------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(*) *Per gli interventi che si ripetono tutti i mesi (es.: servizi di trasporto), specificare il costo unitario di ogni intervento (es.: costo medio di un singolo servizio di trasporto), la quantità mensile prevista (es.: numero medio di servizi di trasporto previsto in un mese) e il conseguente costo mensile previsto (costo unitario x quantità mensile).*

Per gli interventi una-tantum che non si ripetono mensilmente (es: acquisto di un ausilio), utilizzare le prime due colonne, specificando il tipo di intervento (es.: acquisto di un determinato ausilio informatico) e il costo dello stesso.

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.).

