

- Vista la Delibera 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 UVM 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' | | | | | |

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 _____

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

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 dell'Azienda USL Toscana Centro 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.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro è il Titolare dei trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Direttore dell'U.O. Assistenza Sociale Professionale/Coordinatore Sociale dell'AUSL Toscana Centro – Zona Distretto Pratese/SdS Area Pratese

Il personale dell'Azienda USL Toscana Centro – Zona Distretto Pratese nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

**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.

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 seguenti modalità di invio della domanda.

In tali casi, occorre allegare fotocopia del documento valido di identità del dichiarante.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE NUOVE DOMANDE:

L'apposito modulo di domanda è scaricabile online sul Sito Società della Salute Pratese ed allegato al presente avviso dal giorno fino al 31.12.2016.

Le domande, con la dicitura "Progetto Vita Indipendente anno 2016", dovranno essere inviate con le seguenti modalità:

- tramite e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) **usl4prato@postacert.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:

lunedì e giovedì ore 9.00 - 13.15 - ore 15.00 - 16.30

martedì - mercoledì - venerdì ore 9.00 - 13.

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

Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente 2016

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

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 _____

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 Delibera 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. 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="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"/> |

Necessita eventualmente dei seguenti ulteriori interventi di supporto:

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

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