

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ - ANNO 2017"

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____ residente a _____
via _____ n. _____ c.f. _____
tel. _____ cell. _____ mail _____

CHIEDE in qualità di:

☐ Beneficiario diretto

oppure:
(barrare la voce che ricorre)

☐ Familiare

☐ Tutore

☐ Curatore

☐ Amministratore di sostegno

di

cognome _____ nome _____
nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____ residente a _____
via _____ n. _____ c.f. _____
tel. _____ cell. _____ mail _____

di essere ammesso alla "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ - ANNO 2017" di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n....del2018.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

1) che il/la sig./sig.ra _____ è in possesso dei seguenti requisiti:

- ☐ residenza in uno dei 24 Comuni afferenti l'ATS di Isernia (_____);
- ☐ età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti;
- ☐ possesso di certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104, art. 3 comma 3;
- ☐ in grado di autodeterminarsi e di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, attraverso la redazione diretta del proprio progetto di vita.

2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

ALL'UOPO RICHIEDE:

☐ un **sostegno economico** dell'importo di € _____, destinato alla realizzazione del Progetto per la Vita Indipendente allegato.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ☐ **di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico emanato dall'Ambito Territoriale di Soverato;**
- ☐ di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- ☐ di essere a conoscenza che l'ATS di ISERNIA, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- ☐ di essere a conoscenza che l'ATS di ISERNIA, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'Assistente Sociale, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

SI ALLEGANO:

- 1) copia documento d'identità in corso di validità del beneficiario e di colui che presenta l'istanza;
- 2) certificato rilasciato ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 del destinatario;
- 3) Progetto per la Vita Indipendente, datato e sottoscritto sia dal beneficiario che da colui che presenta l'istanza;
- ☐ Curricula degli operatori coinvolti e dell'eventuale assistente personale;
- ☐ Certificazione ISEE o DSU in corso di validità del Nucleo Familiare (la mancata presentazione dell'ISEE e della relativa DSU comporterà l'attribuzione di un punteggio uguale a zero in luogo dei punti attribuibili).
- ☐ altro (specificare) _____

Luogo e data

Firma del richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto
nato a il CF
Residente a Via n.
Tel. Cell.

alla luce dell'informativa che precede ed ai sensi degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e sue successive modifiche ed integrazioni

☐ **esprime il consenso** ☐ **NON esprime il consenso** al trattamento dei propri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☐ **esprime il consenso** ☐ **NON esprime il consenso** alla comunicazione dei propri dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

☐ **esprime il consenso** ☐ **NON esprime il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali così come indicati nell'informativa allegata

Letto, confermato e sottoscritto

, li

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

**FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO IN MATERIA DI VITA
INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

1) Descrizione della condizione di disabilità:

- possesso di attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciata in data ____/____/____ da _____ con verbale n. _____
- tipologia di disabilità:
 - ☐ fisica
 - ☐ psichica
 - ☐ sensorialecon sviluppo della minorazione di natura:
 - ☐ stabilizzata
 - ☐ progressivatale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui diagnosi principale è:

- altre patologie presenti _____
- Cognome e Nome del medico curante _____
- Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

2) Descrizione della condizione della Condizione attuale di vita:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
 - ☐ SI ☐ NO
 - Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):
 - ☐ SI ☐ NO
 - Esistenza di un progetto di “vita indipendente” in corso (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):
 - ☐ SI ☐ NO
 - Svolgimento di un lavoro:
 - ☐ SI ☐ NO
 - Se SI, quale _____
 - Specificare tipologia contratto _____
 - Frequenza di un corso di studio:
 - ☐ SI ☐ NOSe SI, quale _____
 - Presso _____
 - Possesso di patente di guida:
 - ☐ SI ☐ NOSe SI, rilasciata da _____ data di scadenza _____
 - Se NO, indicare il mezzo con il abitudinalmente si sposta _____
- Beneficio di servizi/interventi sociali, socio-sanitari, sanitari
 - ☐ SI ☐ NOSe SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare):

- Presenza di un assistente personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “vita indipendente”:
 - ☐ SI ☐ NOSe SI, per un totale di € _____ mensili.

3) *Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:*

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page.

4) *Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte:*

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page.

5) *Descrizione degli obiettivi da raggiungere attraverso il Piano personalizzato di Vita Indipendente ovvero il miglioramento della vita rispetto ai seguenti otto domini: a) Benessere Fisico; b) Benessere Materiale; c) Benessere Emozionale; d) Autodeterminazione; e) Sviluppo Personale; f) Relazioni Interpersonali; g) Inclusione Sociale; h) Diritti ed Empowerment:*

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears slightly aged or off-white.

9) Budget di spesa annuale necessario per il raggiungimento degli obiettivi (importo massimo della spesa ammessa a finanziamento: € ...000,00):

DESCRIZIONE TIPOLOGIA DI COSTO	MACRO-AREA	IMPORTO ANNUO OMNICOOMPRESIVO
.....	1 - ASSISTENTE PERSONALE	€
.....	2 - ABITARE IN AUTONOMIA ¹	€
.....	3 - INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE ²	€
.....	4 - TRASPORTO SOCIALE	€
.....	5 - DOMOTICA	€
	TOTALE	€

Luogo e data _____

Firma del beneficiario diretto _____

Firma del ☐ Familiare ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno
(barrare la voce che ricorre)

¹ Spese personale (ad esclusione dell'assistente personale, già inserito nella macro-area 1). Altre spese (locazione, adeguamenti strutturali, bollette, etc., ad esclusione delle spese di domotica, da inserire nella successiva macro-area 5).

² Spese personale (ad esclusione dell'assistente personale, già inserito nella macro-area 1). Altre spese (attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico, locazione aule o spazi, attività ricreative, etc., ad esclusione delle spese di domotica, da inserire nella successiva macro-area 5).