



All. 'D'

MODULO DI DOMANDA PER LA PROGETTUALITA' “Intervento per la Vita Indipendente” annualità 2010

INDICATORI DELLE CONDIZIONI PERSONALI DEL RICHIEDENTE IL PROGETTO

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____

Stato civile _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____

Con domicilio (se diverso dalla residenza) in

recapito telefonico: Fisso _____ cellulare _____

Fax n. _____

Indirizzo di posta elettronica _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 46 del D.P.R. n 445/2000, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di eventuale falsità in atti e dichiarazioni mendaci (articolo 76 D.P.R. 445/2000), e che, in caso di dichiarazione non veritiera è prevista la decadenza dal beneficio conseguente al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione,(articolo 75 D.P.R.. 445/2000),

di essere 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,

Vista la DGRT n. 1166 del 14 dicembre 2009, “Linee Guida per la predisposizione di progetti di vita indipendente” e DGRT n. 581/2009;

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"/>

Ulteriori specificazioni del/i punto/i sopra indicati

Altro (specificare) -

Altro (specificare) -

Altro (specificare) -

Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale con spese onerose a suo carico?

SI NO

Obiettivi 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.):

INDICATORI DELLE CONDIZIONI FAMILIARI

Con chi vive (es. da solo, con familiari, con una badante, etc.)?

Indicare le persone coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, il loro nome e cognome, la data di nascita, la professione, la residenza ed il domicilio se diverso dalla residenza, per cosa e quanto tempo l'assiste ed evidenziare le problematiche rilevanti ed indicative quali aver dovuto lasciare il lavoro il lavoro ed il motivo, la lontananza, ecc.:

1) _____

_____;

2) _____

_____;

INDICATORI DELLE CONDIZIONI AMBIENTALI

Casa di proprietà	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se casa di proprietà indicare presenza o no di mutuo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Casa in usufrutto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Casa in affitto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Per la casa in affitto indicare presenza di sfratto esecutivo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presenza di Servizi Igienici adeguati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presenza di barriere fisiche e/o sensoriali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Collegamento telefonico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se l'abitazione rileva la presenza di barriere fisiche e/o sensoriali specificare se:

ESTERNE

- Spazi condominiali
- Assenza ascensore
- Presenza gradini
- Altro(*specificare*) _____

INTERNE

- Bagno non accessibile
- Presenza di gradini
- Altro (*specificare*) _____

La dislocazione sul territorio della sua abitazione è:

- Servita
- Poco servita
- Isolata

Ha già richiesto contributi/prestazioni per l'abbattimento delle barriere fisiche e/o sensoriali?

- SI NO

Le sono già stati concessi?

- SI NO

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, richiedo l'assegnazione di n. _____ ore di assistenza personale per un totale di € _____ mensili lordi.

Il presente formulario ha allegati?

- SI NO

Se sì quanti? (*specificare il loro numero e la tipologia*):

—

-
-
-

Eventuali osservazioni, integrazioni, comunicazioni, puntualizzazioni conclusive.

Desidero ricevere tutte le comunicazioni in merito al procedimento collegato alla presentazione del presente modulo esclusivamente via e-mail?

SI NO

Se SI, indicare la e-mail alla quale fare riferimento

E-mail _____

Data, li _____

IN FEDE

Io sottoscritto, essendo impossibilitato a firmare come da documento d'identità, autorizzo il Signor _____, di cui allego copia fotostatica di documento d'identità in corso di validità, a firmare per me.

IN FEDE

Si allega copia fotostatica di documento d'identità in corso di validità.

Autocertificazione sulla capacità di organizzazione in autonomia dell'assistenza

Il Sottoscritto/a:

Nome _____

Cognome _____

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 47 del D.P.R. n 445/2000, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di eventuale falsità in atti e dichiarazioni mendaci (articolo 76 D.P.R. 445/2000), e che, in caso di dichiarazione non veritiera è prevista la decadenza dal beneficio conseguente al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione,(articolo 75 D.P.R.. 445/2000),

dichiara di essere capace di poter gestire in piena autonomia l'individuazione degli Assistenti Personali con i quali contrarrà un rapporto di lavoro regolare, i quali, di conseguenza, si dovranno attenere esclusivamente alle sue indicazioni svolgendo l'assistenza personale nelle modalità previste dal rapporto attivato.

Data, li _____

IN FEDE

Io sottoscritto, essendo impossibilitato a firmare come da documento d'identità

n° _____, autorizzo il

Signor _____

a firmare per me.

IN FEDE

Informativa sulla riservatezza dei dati

La normativa in vigore in materia di protezione dei dati personali stabilisce che il trattamento dei dati personali si debba svolgere nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento al diritto alla riservatezza.

La persona deve essere informata in merito alle finalità ed alle modalità di raccolta, conservazione e trattamento dei dati personali e pertanto si informa/no il/i sottoscrittore/i del presente documento che:

- a) I dati raccolti con esso sono destinati esclusivamente all'approntamento della pratica di erogazione dei servizi richiesti e verranno trattati, mediante inserimento in un archivio elettronico e cartaceo allo scopo di gestire il rapporto per l'erogazione dei servizi richiesti;
- b) Il conferimento di tali dati è obbligatorio; in loro difetto non sarà possibile procedere all'espletamento della pratica;
- c) I dati potranno essere comunicati, per quanto di competenza, ai soli soggetti previsti dalla normativa in relazione alle finalità per le quali sono raccolti (Regione, ASF, Comune di Firenze) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno, nel rispetto dei principi di pertinenza, non eccedenza e completezza delle informazioni.
- d) Le persone cui le informazioni si riferiscono hanno il diritto di conoscere quali loro dati personali siano stati raccolti e gestiti e di richiedere l'eventuale cancellazione o rettifica di tali informazioni, ovvero di opporsi al loro trattamento (in questo caso con le conseguenze di cui al precedente punto c).
- e) Gli enti titolari del trattamento dati sono il Comune di Firenze, l'Azienda Sanitaria di Firenze e la Società della Salute di Firenze.
- f) I responsabili del trattamento dati per questo procedimento sono individuati dai propri enti di appartenenza; il responsabile del trattamento dati per la Società della Salute di Firenze è il Direttore SdS pro tempore.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Dichiaro che mi sono state illustrate in sintesi le norme sulla privacy e le modalità e finalità di trattamento dei miei dati personali e che consapevolmente sottoscrivo il mio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate.

Data, li _____

IN FEDE

Io sottoscritto, essendo impossibilitato a firmare come da documento d'identità

n° _____, autorizzo il

Signor _____

a firmare per me.

IN FEDE
