

Il/La Sottoscritto/a _____
In possesso di:
Certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992

CHIEDE

Di essere ammesso alla sperimentazione dei Progetti di Vita Indipendente

PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE INDIVIDUA LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI INTERVENTO:

- Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie.
- Favorire azioni di supporto finalizzate al diritto allo studio, alla realizzazione di tirocini lavorativi, all'inserimento lavorativo.
- Favorire l'accessibilità e la mobilità.
- Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'inclusione sociale.
- Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia".

NECESSITA DI ASSISTENTE PERSONALE PER LE SEGUENTI ATTIVITÀ:

- Alzarsi dal letto
- Coricarsi
- Lavarsi le mani e il viso
- Lavarsi i capelli e pettinarsi
- Uso dei servizi igienici
- Igiene intima
- Fare il bagno o la doccia
- Vestirsi e spogliarsi
- Assistenza notturna
- Pulire e riordinare la casa
- Fare la spesa o acquisti
- Preparare i pasti
- Mangiare e bere
- Lavare biancheria e stoviglie
- Utilizzare strumenti informatici
- Gestione degli ausili
- Disbrigo pratiche burocratico-amministrative (banca, posta, etc.)
- Assistenza personale in ambiti di studio
- Assistenza personale in ambito universitario
- Accompagnamento al lavoro
- Aiuto sul posto di lavoro
- Spostarsi in carrozzina
- Aiuto nel camminare
- Accompagnamento fuori casa
- Accompagnamento a visite mediche, esami clinici, a terapie farmacologiche e fisioterapiche
- Accompagnamento in vacanza
- Guida dei mezzi a disposizione
- Utilizzo di mezzi pubblici
- Scrivere
- Leggere
- Comunicare

- Viaggi
- Attività sportive, culturali e del tempo libero
- Altro _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Condizione Sanitaria

Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, con decorrenza dal _____

Invalidità civile SI |__|__|__| % NO

Indennità di accompagnamento SI NO

Diagnosi Principale _____

Altre patologie presenti _____

Cognome e nome del medico curante _____

3

Condizione abitativa

L'abitazione principale è:

- Di proprietà
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro _____

Presenta servizi igienici adeguati Sì No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali Sì Esterne Interne
 No

Note _____

Mobilità

- Possiede mezzi propri di trasporto Sì No

- Guida personalmente Sì No
- Altro (specificare _____)

Situazione Socio Familiare

- Presenza di familiari conviventi
- Assenza di familiari conviventi

Descrizione della composizione del nucleo familiare di riferimento:

Rapporto di parentela	Nome e Cognome	Data e Luogo di Nascita	Attività	Problematiche rilevanti

4

Indicare nella colonna “Problematiche Rilevanti” con:

- A. Persone con disabilità che vivono sole o con familiari di età superiore ai 75 anni o in gravi e documentate condizioni di salute.
- B. Compresenza di più persone con disabilità nello stesso nucleo o presenza simultanea di un anziano non autosufficiente convivente.
- C. Famiglie con persona con disabilità a carico dove è presente un solo genitore o familiare convivente.
- D. La presenza di un altro figlio di età inferiore a tre anni
- E. Altro (specificare _____)

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/o sanitari

- Assistenza domiciliare ore settimanali _____
- Centro socio educativo diurno ore settimanali _____
- Centro sanitario diurno ore settimanali _____
- ADI ore settimanali _____
- Altro (specificare _____)

Allega:

1. Copia del verbale di handicap in situazione di gravità (L.104/92 art. 3, comma 3)
2. Modello ISEE 2018
3. Fotocopia di un documento di identità del richiedente
4. Altro _____

Data _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)

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 allo scopo di gestire il rapporto l'erogazione dei servizi richiesti;
- b) il conferimento di tali dati è obbligatorio;**
- c) in loro difetto non sarà possibile procedere all'approntamento della pratica di inserimento;
- d) 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, Comune o Enti pagatori) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno;
- e) 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).

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Dichiara di aver preso atto delle norme sulla privacy e le modalità e finalità di trattamento dei dati personali e consapevolmente sottoscrive il proprio consenso alla loro raccolta e al loro trattamento per le finalità esplicitate.

Data _____

Firma _____