



AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI PER LA “VITA INDIPENDENTE” - ANNUALITA' 2016 -

Si avvisa che a **partire da giovedì 25 febbraio 2016** è aperta la possibilità, per gli aventi diritto, di presentare le domande per il progetto *“Vita indipendente”* annualità 2016, che prevede un finanziamento ai progetti finalizzati a garantire il diritto a una vita indipendente alle persone con disabilità, di età superiore ai 18 anni, residenti nel Comune di Firenze e in possesso della certificazione di handicap in gravità, ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Vista la deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329 (*“Approvazione nuovo “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente” Revoca delibere n. 146 del 27 febbraio 2012 e n. 68 del 4 febbraio 2013. Assegnazione risorse annualità 2016”*).

Premesso che:

- l’*“Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente”* di cui all'allegato A) della deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329, parte integrante e sostanziale del presente avviso, si ispira all’articolo 19 (*“Vita indipendente e inclusione nella società”*) della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità alle quali si riconosce il diritto di vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone per favorirne l’integrazione e la partecipazione;
- le persone con disabilità devono poter scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere e avere accesso a una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l’assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione.

SI DISPONE QUANTO SEGUE

La disciplina e i criteri di riferimento per la predisposizione, valutazione e concessione dei progetti di Vita Indipendente per l’anno 2016 è contenuta nella citata deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329, e nell’Atto di indirizzo regionale da questa approvato.

Per quanto non disciplinato dall’Atto d’indirizzo regionale, si applica quanto segue.

1) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DEI PROGETTI

I progetti dovranno essere predisposti utilizzando l'apposito modulo di domanda scaricabile dall'home page del sito web della Società della Salute di Firenze (www.sds.firenze.it) o reperibile presso i seguenti Punto Insieme:

- PuntoInsieme Santa Croce/Ognissanti - Via S. Monaca, 37 - orario di apertura: lunedì dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- Puntoinsieme Coverciano/Campo Marte - Via D'Annunzio, 29 – orario di apertura: venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- Puntoinsieme Gavinana/IOT - Piazza Elia della Costa, 15 - orario di apertura: mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- Puntoinsieme Isolotto - Via Chiusi, 4/2 - orario di apertura: venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- Puntoinsieme Via Bini - Via Bini, 5/A - orario di apertura: mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

Laddove, a parità di condizioni fisiche e socio-ambientali, siano rimasti invariati i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o evoluzione previsti dal progetto presentato per l'annualità 2013 e prorogato per le annualità successive, le persone già beneficiarie del contributo potranno utilizzare il modulo di *“Domanda semplificata per contributo Vita Indipendente”* (allegato A al presente Avviso).

Le persone diverse da quelle di cui al periodo precedente dovranno invece utilizzare il modulo di *“Domanda per contributo Vita Indipendente”* (allegato B al presente Avviso).

I progetti dovranno essere presentati con la seguente dicitura *“Progetto di vita indipendente – annualità 2016”* e inviati all'Ufficio PUA della Società della Salute di Firenze secondo le seguenti modalità:

- tramite raccomandata A/R (o altra forma di spedizione tracciabile) all'indirizzo Società della Salute – Ufficio PUA - Viale della Giovine Italia n. 1/1 – 50122 – Firenze;
- tramite Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo pua@pec.sds.firenze.it, allegando fotocopia di un documento della persona che presenta il progetto (richiedente o chi per esso);
- via fax al numero 055/2616222, allegando fotocopia di un documento della persona che presenta il progetto (richiedente o chi per esso);
- recapitata a mano all'Ufficio PUA della Società della Salute di Firenze in Viale della Giovine Italia n. 1/1, nei giorni di martedì e giovedì dalle ore 10,00 alle ore 13,00.

2) VALUTAZIONE E AMMISSIONE DEI PROGETTI

I progetti, redatti dagli aventi diritto sull'apposito modulo di domanda e pervenuti per effetto del presente avviso con tutta la documentazione richiesta dall'allegato A) della deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329, saranno esaminati e valutati dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), sulla base dei seguenti criteri:

- **GRAVITA' FUNZIONALE:** intesa come limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana e di tutte quelle azioni che la persona con disabilità non può svolgere direttamente;

- TIPOLOGIA DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DI VITA INDIPENDENTE: percorso di studio e/o lavorativi e/o carichi familiari e/o attività di rilevanza sociale, azioni comuni di vita quotidiana;
- MINORI RISORSE ASSISTENZIALI: è opportuno tenere in considerazione eventuali rinunce da parte dell'interessato a servizi in atto;
- CONDIZIONE FAMILIARE, ABITATIVA e AMBIENTALE.

3) ATTIVAZIONE DEI PROGETTI

Per l'attivazione dei progetti, con conseguente erogazione del contributo, sono previste due distinte modalità, a seconda che si tratti di persone con un progetto già attivo (lettera a) o di persone che presentano un nuovo progetto (lettera b). In entrambi i casi, l'importo effettivo del contributo potrà essere determinato, oltre che sulla base del contenuto del progetto, anche tenendo conto della possibilità di copertura finanziaria delle relative spese in base al budget disponibile.

a) Persone già beneficiarie del contributo di Vita indipendente

Nell'ammissione al finanziamento avranno priorità le persone attualmente beneficiarie del contributo di Vita indipendente regionale, a condizione che la domanda pervenga **entro giovedì 10 marzo 2016**, allo scopo di consentire la valutazione del progetto entro il 31 marzo 2016, termine previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329.

In caso di riproposizione del progetto vigente, le persone beneficiarie potranno utilizzare il modulo di domanda semplificato, di cui all'allegato A al presente Avviso.

In caso di presentazione di un progetto diverso da quello vigente, potrà essere utilizzato il modulo di domanda ordinario, di cui allegato B al presente Avviso. In tal caso, qualora il nuovo progetto preveda un incremento del contributo, sarà garantito solo l'importo in corso di erogazione (fatta salva la possibilità di rimodulazione in relazione alle possibilità di copertura finanziaria), mentre per l'erogazione dell'importo eccedente si farà riferimento all'ordine cronologico di arrivo della domanda e alla possibilità di copertura finanziaria, così come per i progetti presentati dalle persone non beneficiarie del contributo Vita indipendente, di cui alla lettera b).

Ai progetti presentati successivamente al termine del **10 marzo 2016** non sarà attribuita la priorità di cui sopra e, pertanto, si procederà come per i progetti presentati dalle persone non beneficiarie del contributo Vita indipendente, di cui alla lettera b).

b) Persone non beneficiarie del contributo di Vita indipendente

Le persone che non sono già beneficiarie del contributo di Vita indipendente potranno presentare la domanda nell'arco di tutto il 2016. L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) valuterà i nuovi progetti entro 60 giorni dalla data di loro presentazione, seguendo l'ordine cronologico di arrivo.

In fase di prima attuazione il termine di 60 giorni decorrerà dal 1° aprile 2016, a conclusione della valutazione dei progetti presentati dalle persone già beneficiarie del contributo Vita indipendente, di cui alla lettera a) e pervenuti entro il 10 marzo 2016.

L'erogazione del finanziamento dei progetti ritenuti ammissibili avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione della domanda e della possibilità di copertura finanziaria, con predisposizione di una graduatoria in caso di risorse insufficienti.

Qualora il progetto preveda spese che non si ripetono mensilmente (una-tantum) per acquisto di ausili o per altre necessità funzionali alla vita indipendente, in fase di valutazione del progetto la Società della Salute potrà prevedere modalità di erogazione del contributo con un importo mensile fisso e/o importi una-tantum specifici, nei limiti del valore massimo nel periodo attribuito al progetto stesso, in relazione al suo quadro economico e alla possibilità di copertura finanziaria del complesso dei progetti attivabili.

4) INCOMPATIBILITA'

Per l'individuazione delle prestazioni incompatibili con il contributo Vita Indipendente si rinvia a quanto previsto dall'Atto d'indirizzo regionale (deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329), specificando che sono da considerare rientranti tra gli interventi domiciliari in forma indiretta e, quindi, incompatibili, non solo quelli forniti sotto forma di titolo per l'acquisto di servizi, ma anche tutte le prestazioni economiche per il sostegno alle funzioni assistenziali erogate in forma monetaria.

5) INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali conferiti saranno trattati nell'ambito di questo procedimento e per le operazioni previste dalla legge, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Il trattamento avverrà manualmente e con strumenti informatici da parte di personale appositamente incaricato del trattamento dei dati.

L'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento il diritto di accedere ai propri dati personali e di chiederne la rettifica, l'aggiornamento, il blocco e la cancellazione, se incompleti, sbagliati o trattati in modo diverso da quanto previsto dalla legge o dal regolamento che disciplina il procedimento per i quali sono stati raccolti o con quanto indicato nella presente informativa.

Il Titolare del trattamento dei dati personali nell'ambito di questo procedimento è la Società della Salute di Firenze. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della Società della Salute di Firenze.

6) INFORMAZIONI PROCEDIMENTALI

Il responsabile del procedimento è il Direttore della Società della Salute di Firenze.

Per informazioni e chiarimenti riguardo al presente avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail pua@sds.firenze.it (indicando nell'oggetto "Informazioni su Avviso Vita indipendente 2016") o telefonare, dal lunedì al venerdì in orario 9,30 – 12,30, ai numeri 055/2616233, 055/2616221 o 055/2616215.

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 1329 del 29/12/2015 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 sarà determinato anche in considerazione delle possibilità di copertura finanziaria in base alle risorse disponibili.

CHIEDE

di poter usufruire, 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 A TAL FINE

che sono rimaste invariate le informazioni fornite nella Domanda per contributo Vita Indipendente e nel Modulo di presentazione del Progetto Individuale per Vita Indipendente, riferite al progetto già attivato nell'ambito dell'Atto d'indirizzo regionale per l'annualità 2013 e successive proroghe, nonché i relativi risultati attesi e/o obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto.

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 dei 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.

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

QUADRO D - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO

In caso di domanda presentata all'Ufficio PUA della SdS di Firenze, viale Giovine Italia 1/1, nei giorni di martedì e giovedì dalle ore 10 alle ore 12 .

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 E - INVIO PER POSTA, PER FAX, PER EMAIL, PER POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA 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.

In questo caso i progetti possono essere presentati con la seguente dicitura “Progetto di vita indipendente – annualità 2016” .

Essi dovranno essere inviati per posta al seguente indirizzo: PUA- Società della Salute viale Giovine Italia 1/1 – 50122 Firenze,

oppure

inviati tramite e.mail al seguente indirizzo di posta elettronica: pua@sds.firenze.it o di PEC al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: pua@pec.sds.firenze.it , allegando fotocopia di un documento della persona che presenta il progetto ed eventualmente copia del documento di chi presenta il progetto, se non è l'interessato stesso

oppure

inviati via fax al numero 055- 055 261 6222, allegando fotocopia di un documento della persona che presenta il progetto ed eventualmente copia del documento di chi presenta il progetto, se non è l'interessato stesso.

In caso di invio per posta fa fede la data del timbro postale. **In caso di invio per email, posta elettronica certificata o fax** la data di invio riportata elettronicamente nella emai, pec o fax

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 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 C 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 D 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 E 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.

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 1329 del 29/12/2015 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 2016 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 2016

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. 1329/2015, 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. 1329/2015: **SI** **NO**

Se Si, per le seguenti attività:

Alzarmi da letto	SI	NO
Coricarmi	SI	NO
Lavarmi mani e viso	SI	NO
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI	NO
Usare i servizi igienici	SI	NO
Igiene intima	SI	NO

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

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. 1329/2015:

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.).
