

**DOMANDA PER LA PROGETTUALITA': Intervento per la Vita Indipendente"  
annualità 2010**

**Indirizzato a  
Società della Salute  
Via dell'Antella, 58  
Bagno a Ripoli**

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 \_\_\_\_\_

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,

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

**CHIEDE**

di poter usufruire del "Contributo per la Vita Indipendente".

Il richiedente svolge un lavoro?      SI                      NO

Se SI, Quale ?

\_\_\_\_\_

Quali sono i suoi redditi, ne indichi la natura e l'ammontare (si intendono tutti redditi IRPEF oltre a tutti cespiti e contributi non soggetti ad IRPEF come: Pensioni Inv. Civ., Assegno sociale, Pensione sociale, Contributi badanti, altri contributi da Comuni e Az. USL, esclusa indennità di accompagnamento).

---

---

---

Ha la Patente di Guida ?                      SI                      NO

E' seguito da servizi territoriali (es. consultorio, distretto sociale, centro clinico)?

SI                      NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, centro diurno, etc.). (Specificare anche tempi e modi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

---

---

---

E' disposto a rinunciare agli interventi di cui già beneficia, concorrenti con il contributo di vita indipendente?

SI                      NO

Si ricorda che ai sensi delle linee guida della DGRT n. 1166/2009, l'intervento previsto consiste nell'assunzione di un assistente personale, con i tempi ed i modi indicati nel piano 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, anche di abbattimento di barriere, di domotica, di assistenza e cure domiciliari, ma in alternativa ai servizi previsti dall'art. 55, comma 2, lettera a) della legge regionale n° 41/05.

Necessita di assistente/i personale/i 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

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	NO
Se casa di proprietà indicare presenza o no di mutuo	SI	NO
Casa in usufrutto	SI	NO
Casa in affitto	SI	NO
Per la casa in affitto indicare presenza di sfratto esecutivo	SI	NO
Presenza di Servizi Igienici adeguati	SI	NO
Superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI	NO

Presenza di barriere fisiche e/o sensoriali	SI	NO
Collegamento telefonico	SI	NO

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.

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

\_\_\_\_\_

**Autocertificazione**

(Dichiarazione da parte del richiedente della piena autonomia nell'individuazione degli Assistenti Personali con i quali contrarrà un rapporto di lavoro regolare e che, di conseguenza, si dovranno attenere esclusivamente alle sue indicazioni svolgendo l'assistenza personale nelle modalità previste dal rapporto attivato).

Il Sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

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 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, Comune o Enti pagatori) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno;
- 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).

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

\_\_\_\_\_