

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL FINANZIAMENTO DI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE
ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA' -
ANNO 2018-2021**

**Al Coordinatore dell'Ufficio di Piano Ambito B1
V/le dell'Università, 10
82100 BENEVENTO**

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il a Prov.

e residente in

Via/P.zza n°

CAP Tel.

Codice Fiscale:

Stato civile ^(a) -

In caso di richiesta da parte del diretto **Interessato**

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.*) _____

_____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____

nato/a il a Prov.

e residente in

Via/P.za n°

CAP Tel.

Codice Fiscale:

Stato civile ^(a) -

NOTE : (a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

Preso visione l'Avviso Pubblico per la presentazione di progetti di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, anno 2018/19/20

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per il finanziamento di progetti per la vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, anno 2018/19/20.

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

- di essere in possesso della certificazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;
- di avere un ISEE Socio Sanitario Nucleo Ristretto in corso di validità non superiore ad € 15.000,00;
- di appartenere ad un nucleo familiare con un ISEE in corso di validità non superiore a € 30.000,00;
- di non essere beneficiario di altri progetti sostenuti con Assegni di cura e PTRI o altre forme di prestazioni, per i quali l'obiettivo dell'assistenza socio-sanitaria o socio-assistenziale è prevalente rispetto all'obiettivo dell'autonomia;

- 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					
Attività svolta					

che la sua condizione familiare è la seguente:

QUADRO C – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE FAMILIARE

Presenza attiva di rete di familiari di primo grado competente ed adeguata Sì No
se si specificare i motivi _____

Presenza di familiari coobbligati parzialmente adeguata Sì No
se si specificare i motivi _____

Presenza di rete familiare inadeguata Sì No
se si specificare i motivi _____

Mancanza di rete familiare Sì No
se si specificare i motivi _____

che la sua condizione abitativa è la seguente

QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza _____ vani n. _____

Titolo di godimento:

di proprietà

in affitto o con mutuo

alloggio popolare

Dislocazione Motoria:
servita

poco servita

isolata

Barriere architettoniche No Sì Esterne Interne

QUADRO E - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:

Cognome/Nome _____

nato/a il |__| |__| |__| |__| |__| |__| a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za. _____ N° _____

CAP _____ Tel. _____
Codice Fiscale: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

Data _____

Firma _____

QUADRO F - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE¹

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra (Cognome /Nome) _____ della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma)

Data _____

Firma _____

Si allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento di chi sottoscrive la domanda
- progetto individualizzato per la vita indipendente su apposito modello
- dichiarazione stato di handicap grave (L. 104/1992 art. 3 c..3)
- certificazione ISEE Socio Sanitario Nucleo Ristretto della persona interessata e ISEE del nucleo familiare convivente

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI

(Artt. 13 e 14, Reg. UE n. 679/2016)

Il Regolamento europeo sulla privacy (Reg UE n. 679/2016, di seguito GDPR) prescrive, a favore degli interessati, una serie di diritti riguardo al trattamento dei dati personali.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Comune di Benevento, Capofila dell'Ambito Territoriale B1, nella persona del Sindaco pro-tempore, on. Mario Clemente Mastella.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è il Dott. Alessandro Verdicchio.

Responsabile del trattamento

Il responsabile del trattamento è il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, Dott. Alessandro Verdicchio

Finalità del trattamento:

I dati forniti sono necessari per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento e all'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. L'Ufficio di Piano ha l'obbligo di acquisire gli elementi informativi per la gestione delle procedure di competenza. Nell'ambito del procedimento potranno, pertanto, essere acquisiti ulteriori elementi da altri soggetti/enti.

Categoria di dati trattati

I dati personali, che in occasione dell'attivazione dei servizi saranno raccolti e trattati, riguardano dati identificativi (cognome e nome, residenza, domicilio, nascita, identificativo online, reddito, altro). Sono richiesti dati personali e/o dei soggetti che fanno parte del nucleo familiare.

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, potrebbe conferire al titolare del trattamento dati qualificabili come "**categorie particolari di dati personali**" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Categorie di destinatari

I dati potranno essere diffusi o comunicati ai soggetti pubblici o privati nei casi previsti dalla legge o dal Regolamento.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento dei dati personali, forniti direttamente o comunque acquisiti, sarà svolto in forma informatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR in materia di misure di sicurezza.

Il trattamento:

- è finalizzato unicamente allo svolgimento di compiti istituzionali nel rispetto di leggi e regolamenti, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza;
- avverrà presso la sede del Comune di Benevento e degli altri Comuni dell'Ambito B1;
- sarà svolto con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione o del servizio e, successivamente alla comunicazione della cessazione dell'attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Ambito di comunicazione e diffusione

I dati personali:

- non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione, fatte salve le comunicazioni previste espressamente da disposizioni di legge;
- possono essere comunicati ad enti ed uffici legittimati al trattamento, come:
 - enti pubblici
 - enti locali
 - ASL
 - istituti e scuole di ogni ordine
 - familiari dell'interessato

- società di natura privata
- gestore esterno dei servizi
- gestore esterno dei programmi informatizzati.

Saranno a conoscenza del responsabile del trattamento e degli incaricati del trattamento i soli impiegati e funzionari comunali (con profilo tecnico o amministrativo) addetti alle procedure necessarie per lo svolgimento dell'attività o procedimento amministrativo.

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Misure di sicurezza adottate:

Sono adottate le misure specifiche poste in essere per fronteggiare rischi di distruzione, perdita, modifica, accesso, divulgazione non autorizzata, la cui efficacia va valutata regolarmente; sistemi di autenticazione; sistemi di autorizzazione; sistemi di protezione (antivirus, firewall, antintrusione, altro); sicurezza anche logistica.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, si potrà esercitare il diritto di:

- avere accesso ai dati oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 15 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
- richiedere la rettifica dei dati inesatti oggetto di trattamento, ai sensi dell'art. 16 del GDPR e della normativa nazionale che ne coordina l'applicazione;
- revocare il proprio consenso al trattamento dei dati;
- esercitare la facoltà di oscurare alcuni dati o eventi che la riguardano;
- opporsi al trattamento, indicandone il motivo;
- chiedere la cancellazione dei dati personali oggetto di trattamento presso il Comune di Benevento;
- presentare reclamo avverso il trattamento disposto dal Comune di Benevento presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e ricorso presso l'Autorità giudiziaria competente.

Non è applicabile al presente Trattamento l'istituto della portabilità dei dati previsto dall'art. 20 del GDPR.

Per l'esercizio dei diritti e per qualsiasi altra informazione, è possibile rivolgersi al seguente ufficio:

Ufficio di Piano - V/le dell'Università, 10 - 82100 Benevento

Tel. 0824/772606 / 0824/772609/ 0824/772675

Pec: pszambito1@pec.comunebn.it

E.mail: ufficiodipianob1@comunebn.it

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede e, alla luce dell'informativa ricevuta,

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come "*categorie particolari di dati*" così come indicati nell'informativa che precede.

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

Data _____

Firma

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 le informazioni sulla condizione familiare

Il Quadro D deve contenere le informazioni sull'abitazione

Il Quadro E 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 F 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).

**Modulo di presentazione del Progetto Individuale in materia di Vita
Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità
Anno 2018/19/20**

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Con domicilio (se diverso dalla residenza) in:

via/P.zza _____

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

Visto l'Avviso Pubblico per la presentazione di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità - Anno 2018-2019-2020

DICHIARA

Invalidità civile SI |__| |__| |__| % NO

Percepisce indennità di accompagnamento? SI NO

Diagnosi Principale _____

Altre patologie presenti _____

Cognome e nome del medico curante _____

Dichiara, inoltre, di:

Svolgere un lavoro SI NO

Se SI, quale

Seguire un corso di studio SI NO

Se SI, quale

Essere 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.).

Ha già ottenuto servizi, anche a titolo gratuito, da parte di soggetti del terzo settore SI NO

Se SI, specificare di quali servizi beneficia.

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 delle Linee Guida l'intervento previsto consiste nell'assunzione di assistente/i personale/i, con i tempi ed i modi indicati nel progetto 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.

Per il Progetto di Vita Indipendente necessita dei seguenti interventi:

1. Assistente/i personale/i per ore settimanali n. [___] per le seguenti attività:

Alzarmi da letto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Coricarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi mani e viso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usare i servizi igienici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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"/>

L'assunzione di assistente/i personale/i avverrà:

Tramite assunzione diretta sulla base del Contratto Collettivo Nazionale che disciplina il rapporto di lavoro domestico del 13/02/2007 e successive rivalutazioni ISTAT

SI NO

Tramite altri soggetti o enti (es. Cooperative Sociali, Società ecc.) che svolgano attività di servizio alle persone

SI NO

2. Inclusione sociale e relazionale

SI NO

Come da Piano Individualizzato di Assistenza redatto dall'Unità di Valutazione Integrata, necessita delle seguenti prestazioni:

- Operatore Socio Sanitario (OSS) per ore settimanali n. [__]
- Operatore Socio Assistenziale (OSA) per ore settimanali n. [__]

3. Spese per l'acquisto di servizi di trasporto

- convenzione trasporti pubblici SI NO
- convenzione trasporti privati SI NO

Specificare le attività sopra indicate:

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

SI NO

Se SI, per quante ore settimanali: [__][__][__] 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, per un totale di €_____mensili lordi.

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)

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.).

Il presente formulario ha allegati?

SI

NO

Se SI, quanti? (specificare il numero e la tipologia): n° |__|__| allegati

Tipologia

Data _____

Firma
