



## DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

### Domanda di ammissione al progetto di Vita Indipendente ANNO 2017

AL DISTRETTO D43  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a :

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>		
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Nato/a a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Il</b>	
<b>Nazionalità</b>	<b>Residente a</b>		<b>Prov.</b>	
<b>In via, piazza...</b>	<b>N°</b>	<b>telefono</b>		
<b>Cellulare</b>	<b>e-mail</b>		<b>Stato civile</b>	

Dati utili per l'erogazione del contributo:

<b>IBAN</b>	<b>Intestatario del c/c</b>
-------------	-----------------------------

In possesso di (**allegando obbligatoriamente copia alla presente domanda**):

- certificato di stato di handicap fisico motorio in situazione di gravità (l.104/92 art. 3 comma3 )
- documento fiscale attestante il reddito

#### presenta domanda

di accesso al Progetto Vita Indipendente, descrivendo la propria situazione personale, le attività che desidera svolgere e i propri obiettivi, nella Scheda di Autovalutazione dei bisogni.

Il proprio progetto prevede un impegno medio settimanale di ore \_\_\_\_\_

### **In caso di approvazione del progetto, il/la sottoscritto/a:**

- si impegna a consentire agli operatori dei Servizi sociali dell'Azienda Sanitaria n.7 e del Comune di residenza il monitoraggio sull'effettivo sviluppo e concretizzazione del proprio progetto
- si impegna a rendicontare (tramite: fax, mail, lettera, consegna a mano) e a verificare (contestualmente o in tempi stretti) con gli uffici del Comune di residenza che la documentazione giustificativa della spesa sostenuta sia correttamente pervenuta.
- si impegna a concludere la rendicontazione entro e non oltre i tempi previsti dal progetto. Nell'eventualità di impedimenti avviserà per iscritto, entro lo stesso termine, indicando le motivazioni che hanno determinato l'impossibilità a rispettare la scadenza o il parziale utilizzo del finanziamento assegnato, cui farà seguito una verifica con gli operatori sociali per una valutazione ed eventuale ridefinizione del progetto (ridimensionamento o chiusura).
- è consapevole che il mancato rispetto della rendicontazione economica e l'attuazione difforme del progetto comportano l'interruzione del finanziamento.

### **Quadro dei bisogni da soddisfare ai fini della realizzazione del Progetto**

#### **Azioni indispensabili per la mobilità:**

- aiuto per alzarsi e andare a letto
- cambiamenti posturali
- spostamenti non effettuabili in autonomia: carrozzine, sedie, toilette, ausili da statica, auto...
- mobilizzazioni, esercizi fisici quotidiani
- \_\_\_\_\_

#### **Cura della persona:**

- lavarsi, igiene personale
- vestirsi, pettinarsi, truccarsi
- andare in bagno
- aiuto nell'espletamento delle funzioni fisiologiche
- interventi socio sanitari necessari alla vita quotidiana
- \_\_\_\_\_

#### **Attività domestiche:**

- pulizia della casa
- predisposizione della casa per favorire il massimo dell'autonomia
- spese e preparazione pasti
- \_\_\_\_\_

#### **Esercizio della funzione genitoriale nei confronti dei figli a carico:**

- \_\_\_\_\_

#### **Vita di relazione e attività di tempo libero:**

- \_\_\_\_\_

#### **Attività lavorativa:**

- preparazione e/o accompagnamento
- aiuto durante le ore di lavoro

**Attività scolastico formative:**

- preparazione e/o accompagnamento
- aiuto durante le ore di lezioni
- aiuto durante lo studio
- 

**Attività di volontariato sociale:**

- partecipazione attiva alla vita associativa
- attività a favore dell'inclusione e del rispetto dei diritti umani delle persone con disabilità
- attività di promozione della vita indipendente e di consulenza alla pari
- 

**Fruizione dei servizi socio-sanitari:**

- accompagnamento per visite mediche
- accompagnamento per fisioterapie
- 

**Altre attività:**

- gestione ausili, protesi o ortesi
- disbrigo pratiche
- aiuto nell'utilizzo degli strumenti informatici
- aiuto nell'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici e/o privati
- 

**Quadro della situazione personale (composizione, capacità di supporto familiare...):**

<b>Situazione familiare:</b> _____ _____ _____
---------------------------------------------------------

**Situazione abitativa (dislocazione nel territorio , barriere architettoniche,...):**

<b>Situazione abitativa:</b> _____ _____ _____
---------------------------------------------------------

**Dichiara di usufruire dei seguenti servizi , interventi e contributi annui:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



## Dichiarazione di Responsabilita'

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 20 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale, derivante da falsità e da dichiarazioni mendaci, prevista dall'art. 76 del medesimo decreto, dichiara che i dati sopra riportati sono completi e veritieri.

### 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 il sottoscrittore del presente documento che:

1. i dati raccolti con esso sono destinati esclusivamente all'approntamento della pratica di erogazione dei servizi richiesti;
2. il conferimento di tali dati è obbligatorio;
3. in loro difetto non sarà procedere all'approntamento della pratica di valutazione del progetto;
4. 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) ed al di fuori di tale ambito non verranno forniti ad alcuno;
5. 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 opporsi al loro trattamento (in questo caso con le conseguenze di cui al precedente punto 3).

### Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara che gli sono state illustrate in sintesi le norme di cui al Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" e che consapevolmente dà il proprio consenso alla loro raccolta e trattamento per le finalità esplicitate.

Allegato: fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data	Firma

Allegato: fotocopia documento di identità in corso di validità.