



Allegato 1

Piano di Zona distretto socio-sanitario RM 5.2

CAPOFILIA COMUNE DI GUIDONIA MONTECELIO

Ufficio del Piano di Zona

Al Comune di _____

**Ufficio Piano di Zona
Distretto Socio-Sanitario RM 5.2
Guidonia Montecelio**

MODELLO DI ISTANZA PER L'ACCESSO AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____



DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

altro (*specificare:* _____)

in favore di: (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____



Codice fiscale _____

CHIEDE

- di essere ammesso ai progetti per la vita indipendente e di beneficiare del contributo previsto

AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEL PUNGGIO DICHIARA:

(BARRARE LA CONDIZIONE CHE INTERESSA LA PERSONA, PER OGNI SINGOLA LETTERA)

a) **Limitazione dell'autonomia: massimo 30 punti.** Si determina la necessità assistenziale della persona disabile che potrà essere:

- Saltuaria
- Frequentemente necessaria
- Costante e continuativa

b) **Condizione familiare: massimo 15 punti.** Si determina la condizione familiare della persona disabile che potrà essere:

- presenza attiva di rete familiare di primo grado competente ed adeguata **SI** **NO**
Specificare i motivi _____

- presenza di rete familiare di obbligati parzialmente adeguata: per motivi di lontananza, malattia, problematiche di rilievo e tali da avere ricadute significative rispetto ai bisogni della persona disabile **SI** **NO**
Specificare i motivi _____

- mancanza di rete familiare o presenza di rete familiare del tutto inadeguata per motivi di significativa lontananza, malattia importante o disabilità; relazioni caratterizzate da gravi conflitti non di carattere occasionale. **SI** **NO**
Specificare i motivi _____

c) **Condizioni abitativa e ambientale: massimo 15 punti:** Si determina in considerazione della collocazione abitazione, abitativa della possibilità di usufruire agevolmente di mezzi di trasporto oltre alla disponibilità del caregiver ad accompagnarlo.

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza _____ vani n. _____

Titolo di godimento:

- di proprietà;
- in uso gratuito;
- usufrutto;
- in affitto sfratto esecutivo;
- altro



Dislocazione:

- servita;
- poco servita:
- isolata

Barriere fisiche e sensoriali NO SI esterne interne

d) condizioni economica della persona con disabilità e della sua famiglia: 25 punti.

Si determina in considerazione dell'indicatore ISEE per servizi socio-sanitari non residenziali, presentati dall'interessato:

- Da 0 a 6.500,00 **punti 25;**
- Da 6.500,01 a 10.750,00 **punti 15;**
- Da 10.750,01 a 15.000,00 **punti 10;**
- Da 15.000,01 ed oltre **punti 0;**

e) Incentivazione dei processi di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione e all'isolamento: 15 punti.

Si determina in base alla valutazione del progetto personalizzato, considerando l'idoneità a superare e prevenire la segregazione e l'isolamento della persona dovuta tanto alla condizione di disabilità quanto alla carenza assistenziale del nucleo familiare:

Processi di de-istituzionalizzazione in corso SI NO

Isolamento SI NO

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Allega

- a. copia del verbale di invalidità civile;



- b. Condizione di disabilità certificata dal verbale della Commissione medico-legale competente che non sia determinata da naturale invecchiamento o patologie connesse alla senilità, e con certificazione relativa alla L 104/92 art. 3 comma 3;
- c. attestazione ISEE in corso di validità (dell'interessato e del nucleo familiare);
- d. fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario; per i cittadini di stati non aderenti alla UE copia della carta o del permesso di soggiorno;
- e. Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Allegato n. 3 al Modello di istanza);
- f. Informativa Privacy firmata (Allegato n.2 al Modello di Istanza);
- g. Eventuali certificazioni socio sanitarie che e/o ogni altra documentazione che attesti quanto dichiarato.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data,

Firma del Richiedente



INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 5.2.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Guidonia Montecelio, Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 5.2, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "per l'accesso ai progetti di Vita Indipendente.

Luogo e data, _____

Firma del Richiedente
