

“MODELLO DI DOMANDA”

All'Ufficio di Piano  
dell'ATO Praia/Scalea  
Comune di Praia a Mare  
87028 – Praia a Mare (CS)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA “SPERIMENTAZIONE DEL  
MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E  
INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ – ANNUALITA’ 2018”**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_:

**CHIEDE in qualità di**

Beneficiario diretto

oppure: (barrare la voce che ricorre)

Familiare     Tutore                       Curatore     Amministratore di sostegno di

(nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_;

di essere ammesso alla *“Sperimentazione del modello di intervento in materia di Vita Indipendente e inclusione delle persone con disabilità - Annualità 2018”*

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

1. che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ è in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza in uno dei 15 Comuni afferenti l'ATO di Praia/Scalea, e precisamente \_\_\_\_\_;
- Età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti;
- Possesso di certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104, art. 3 comma 3;
- In grado di autodeterminarsi e di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, attraverso la condivisione e sottoscrizione del progetto di vita.

2. che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			

3. di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

---

---

---

ALL'UOPO RICHIEDE UN CONTRIBUTO PER  
(non è possibile optare per entrambe le richieste)

**MACRO AREA: ASSISTENTE PERSONALE**

- la figura dell'assistente personale presso il proprio domicilio familiare;
- la figura dell'assistente personale con supporto presso housing/co-housing

**MACRO AREA: ABITARE IN AUTONOMIA**

- la partecipazione in progetti di housing/co-housing (*gruppo di 4 persone per la sperimentazione dell'Housing sociale*);

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

- di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico emanato dall'Ambito Territoriale Ottimale Praia/Scalea;
- di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- di essere a conoscenza che l'ATO Praia/Scalea, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- di essere a conoscenza che l'ATO Praia/Scalea, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'Assistente Sociale, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

**SI ALLEGANO:**

1. copia documento d'identità in corso di validità del beneficiario e di colui che presenta l'istanza;
2. certificato rilasciato ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 del destinatario **NON IN OMISSIS**;
3. certificazione ISEE e DSU in corso di validità del Nucleo Familiare (la mancata presentazione dell'ISEE e della relativa DSU comporterà l'attribuzione di un punteggio uguale a zero in luogo dei punti attribuibili).

altro (specificare)

---

---

---

---

**INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL GDPR 2016/679**

**1. Finalità del Trattamento**

I dati forniti verranno utilizzati allo scopo e per il fine di attività legate a programmazione, ricerca e sviluppo del presente avviso.

**2. Modalità del Trattamento**

Le modalità con la quale verranno trattati i dati personali forniti contemplanò un uso di strumenti manuali ed elettronici. Il trattamento dei dati avviene sia manualmente che elettronicamente e tali dati sono conservati sia in un archivio cartaceo sia nella banca elettronica preposta per adempiere agli obblighi e alle finalità sopra indicate.

I dati contenuti nel predetto sistema informativo automatizzato sono trattati utilizzando idonee misure di sicurezza ai sensi dell'art. 31 del Codice della Privacy, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta. I dati, inoltre, verranno custoditi presso gli archivi del Titolare per il tempo necessario alle finalità sopra indicate, nonché per adempiere agli obblighi di legge imposti per la medesima. I dati trattati dovranno essere strettamente inerenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite.

**3. Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori per poter usufruire dei servizi richiesti e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta l'impossibilità di procedere nella presa in carico e di usufruire del servizio richiesto;

**4. Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati forniti potranno essere comunicati ad altre amministrazioni statali, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo, scuole, centri per l'impiego, ASL, INPS;

**5. Titolare del Trattamento**

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ambito Territoriale Ottimale Praia/ Scalea, con sede principale presso il Comune di Praia a Mare, Piazza Municipio, I – 87028 (CS). P.I. e C.F. 00392090783. Tutti i soggetti, le persone fisiche che sono incaricati del trattamento dei dati operano nel rispetto del Codice della Privacy;



**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE ALL'ISTANZA**  
**(DA COMPILARE NEL CASO SI RICHIEDA IL SOSTEGNO ECONOMICO)**

**1) Descrizione della condizione di disabilità:**

- Possesso di attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_
- Tipologia di disabilità:
  - Fisica
  - Psicica
  - Sensoriale con sviluppo della minorazione di natura:
    - Stabilizzata
    - Progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui diagnosi principale è: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ altre patologie presenti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_

➤ Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

**2) Descrizione della Condizione attuale di vita:**

➤ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:  
 SI     NO

➤ Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di

presentazione della domanda):

SI     NO

Esistenza di un progetto di “vita indipendente” in corso (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda)

SI     NO

➤ Svolgimento di un lavoro:

SI     NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

Specificare tipologia contratto \_\_\_\_\_

➤ Frequenza di un corso di studio:

SI     NO

Presso \_\_\_\_\_

➤ Possesso di patente di guida:

SI     NO

Se SI, rilasciata da \_\_\_\_\_

data di scadenza \_\_\_\_\_

Se NO, indicare il mezzo con cui abitualmente si sposta

\_\_\_\_\_

➤ Beneficio di servizi/interventi sociali, socio-sanitari, sanitari

SI     NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

➤ Presenza di un assistente personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “vita indipendente”:

SI     NO

Se SI, per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili

*3) Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*4) Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*5) Descrizione di possibili obiettivi ovvero del miglioramento della vita che ci si attende attraverso questo intervento, rispetto ai seguenti otto domini: a) Benessere Fisico; b) Benessere Materiale; c) Benessere Emozionale; d) Autodeterminazione; e) Sviluppo Personale; f) Relazioni*

*Interpersonali; g) Inclusione Sociale; h) Diritti ed Empowerment:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*6) Descrizione delle azioni propedeutiche per garantire l'autonomia e l'inclusione sociale della persona con disabilità, quali ad esempio la cura della persona, l'aiuto domestico, la mobilità in casa, al lavoro e nel tempo libero di cui si necessiterebbe:*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Firma del beneficiario diretto**

---

**Firma del**

- Familiare       Tutore       Curatore       Amministratore di sostegno

(barrare la voce che ricorre)

---