



MODULO DOMANDA PROGETTO VITA INDIPENDENTE

All'Ufficio di Piano Ambito B04
Corso Umberto I
82032 Cerreto Sannita (BN)

Oggetto: Richiesta di ammissione al programma di "Vita Indipendente".

Il sottoscritto _____

Nato/a a il _____

Indirizzo di Residenza Via, _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

tel./cell fax _____

e_mail _____

Per se stesso o per il Sig. _____

Nato/a a il _____ M F

Codice fiscale _____

Stato civile _____

Nazionalità _____

Cittadinanza _____

Indirizzo di Residenza Via, _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

tel./cell fax _____

e_mail _____

In possesso di:

- Certificato di stato di handicap fisico motorio in situazione di gravità (L.104/92 art.3 comma 3)
- Certificato di invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento

Presenta domanda di accesso al programma di assistenza personale per la "Vita Indipendente" per l'espletamento delle seguenti attività:

- lavarsi le mani e il viso
- lavarsi i capelli e pettinarsi
- uso dei servizi igienici
- igiene intima
- fare il bagno o la doccia
- vestirsi e spogliarsi
- coricarsi
- assistenza notturna
- pulire la casa
- fare la spesa
- preparazione pasti, mangiare, bere
- gestire la presenza di ospiti
- riordinare
- Utilizzo strumenti informatici
- disbrigo pratiche burocratiche
- assistenza personale in ambiti
- di studio
- assistenza personale in
- ambito universitario
- accompagnamento al lavoro
- aiuto sul posto di lavoro
- spostarsi in carrozzina
- aiuto nel cammino
- accompagnamento fuori casa
- guida dei mezzi a disposizione
- utilizzo di mezzi pubblici accessibili
- attività sportive
- attività culturali
- attività di tempo libero
- viaggi
- semplici interventi sociosanitari della vita quotidiana
- gestione degli ausili

Altro _____

Per un totale complessivo di _____ ore settimanali.

La durata del programma è di 10 mesi per la copertura del quale si prevede una spesa complessiva di

€ _____,_____

Obiettivi del progetto:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Usufruisce dei seguenti servizi, interventi e contributi annui:

Ass. Domiciliare	ore sett. ____
Ass. Inf.	ore sett. _____
Accudienza	ore sett. _____
Accompagnamento	ore sett. _____
Buoni Servizio	€ _____
Assegno di Sollievo	€ _____
Trasporto	€ _____
contributo badanti	€ _____
Altro (specificare)	_____

In caso di finanziamento è disponibile a rinunciare ai seguenti servizi o contributi, in quanto attinenti a prestazioni già previste nel presente progetto:

Ass. Domiciliare	ore sett _____
Ass. Inf.	ore sett. _____
Accudienza	ore sett. _____
Trasporto	€ _____
Buoni Servizio	€ _____
Altro (specificare):	_____

Note:.....
.....

Situazione familiare (composizione, capacità di supporto familiare...):

Nome	Cognome	Indirizzo residenza	Grado di parentela
			Richiedente

Situazione abitativa (titolo di godimento, dislocazione nel territorio, barriere architettoniche ...):

.....
.....

Il reddito annuo personale (Nuovo ISEE) € _____

Pensione Invalidità Civile (13 mens.) € _____

Rendita INAIL € _____

Pensione sociale € _____

Altro € _____

TOTALE ANNUO € _____

Dichiarazione di responsabilità

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.

Coordinate Bancarie:

IBAN n. _____ intestato a _____

Istituto di credito _____

Agenzia (indirizzo) _____

Altra modalità di liquidazione richiesta (specificare) _____

Luogo e Data _____

Firma _____

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 l'erogazione dei servizi richiesti;
- b) il conferimento di tali dati è obbligatorio;
- c) in loro difetto non sarà possibile procedere all'approntamento della pratica di inserimento;
- d) 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;
- e) 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.

Luogo e data _____

Firma _____

Allega:

1. Copia del certificato ASL di stato di handicap fisico motorio in situazione di gravità (L.104/92 art. 3, comma 3)
2. Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento
3. Fotocopia di un documento di identità del richiedente e, nel caso di cittadino non appartenente alla U.E., fotocopia permesso di soggiorno in corso di validità.
4. Progetto personalizzato redatto dall'Assistente Sociale dell'Ambito B04
5. Altro _____