



La domanda, **debitamente compilata**, dovrà essere consegnata al Protocollo Generale dell'A.U.L.S.S. 14 entro il **18 febbraio 2013**

**Oggetto: Richiesta di ammissione al progetto personalizzato, ai sensi della L.162/98, - "VITA INDIPENDENTE" - anno 2013**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

presenta domanda **per l'accesso al programma** di assistenza personale per la "Vita Indipendente", anno 2013, ai sensi della normativa in oggetto,

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono/cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. **Certificato di stato di handicap fisico motorio in situazione di gravità (L. 104/92 art. 3, comma 3);**
2. **Certificato d'invalidità al 100% ed indennità di accompagnamento;**
3. **ISEE individuale, relativo al 2012, non superiore ad € 16.241,90;**
4. **età compresa tra i 18 ed i 64 anni.**

**Dati del richiedente:**

Lo/a scrivente.....dichiara che:

**A) La composizione del nucleo familiare è la seguente:**

Cognome e nome	Relazione di parentela	Data di nascita
1. ....	.....	.....

2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**B) Attuale situazione occupazionale:**

- Studente/ssa                       Lavoratore/trice                       Disoccupato/a
- Pensionato/a                       Altro.....

**C) Di aver beneficiato/di beneficiare dei seguenti contributi economici :**

- Assegno di Cura
- Altri contributi \_\_\_\_\_

**D) Ha richiesto/usufruisce dei seguenti servizi:**

- Assistenza Domiciliare       Assistenza Infermieristica       Altro.....

**E) Presenta domanda di accesso al programma “Vita Indipendente” con le seguenti finalità:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alzarsi dal letto              | <input type="checkbox"/> Leggere                                  |
| <input type="checkbox"/> Lavarsi le mani ed il viso     | <input type="checkbox"/> Assistenza nella genitorialità           |
| <input type="checkbox"/> Lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> Gestire la presenza di ospiti            |
| <input type="checkbox"/> Uso dei servizi igienici       | <input type="checkbox"/> Gestire animali domestici                |
| <input type="checkbox"/> Igiene intima                  | <input type="checkbox"/> Utilizzo di strumenti informatici        |
| <input type="checkbox"/> Fare il bagno e la doccia      | <input type="checkbox"/> Disbrigo di pratiche burocratiche        |
| <input type="checkbox"/> Vestirsi e spogliarsi          | <input type="checkbox"/> Assistenza personale in ambiti di studio |
| <input type="checkbox"/> Coricarsi                      | <input type="checkbox"/> Accompagnamento al lavoro                |
| <input type="checkbox"/> Assistenza notturna            | <input type="checkbox"/> Aiuto sul posto di lavoro                |
| <input type="checkbox"/> Pulire la casa                 | <input type="checkbox"/> Spostarsi in carrozzina                  |
| <input type="checkbox"/> Fare la spesa                  | <input type="checkbox"/> Aiuto nel cammino                        |
| <input type="checkbox"/> Preparare i pasti              | <input type="checkbox"/> Accompagnamento fuori casa               |
| <input type="checkbox"/> Mangiare                       | <input type="checkbox"/> Guida della macchina personale           |
| <input type="checkbox"/> Bere                           |   |



---

---

(Allegare, eventualmente, breve relazione)

**Allega:**

- **certificazione di stato di handicap in situazione di gravità L. 104/92 (art. 3, comma 3);**
- **certificazione di invalidità con indennità di accompagnamento;**
- **attestazione ISEE individuale del 2012 non superiore ad € 16.241,90;**
- **copia libretto sanitario;**
- **fotocopia di un documento di identità del richiedente o, in caso di cittadino non appartenente alla U.E., fotocopia del permesso di soggiorno;**
- **certificazione specialistica aggiornata (fisiatra, neurologo,..);**
- **elenco documenti presentati.**

Il/La sottoscritto/a chiede che la liquidazione del beneficio economico, qualora concesso, avvenga tramite la seguente modalità:

Accredito su c/c n° \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_,

IBAN \_\_\_\_\_.

**N.B. il titolare del progetto deve essere l'intestatario o cointestatario del conto corrente su indicato.**

**Per una corretta lettura del dato si invita la S.V. di compilare il modulo in ogni sua parte**

**DPR 28.12.2000 n°445**  
**art. 76 – Norme Penali**

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

***Trattamento dei dati personali***  
**- art.13 Codice della Privacy (D.Lgs. 196/2003) -**

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 delle dignità delle persone, con particolare riferimento al diritto di 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:

- 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 in rapporto all'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 ( Ulss, Regione, Comune) 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 dati personali siano 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 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 consapevolmente sottoscrivo il mio consenso alla loro raccolta ed al loro trattamento per le finalità esplicitate.

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013

**IL/LA DICHIARANTE**

---