



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2

**PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE
E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DI PERSONE ADULTE CON DISABILITA'
(ANNUALITA' 2020)**

Al Protocollo Generale del Comune di Pontecagnano Faiano
Capofila Ambito Territoriale S4_02
Via M.A. Alfani n. 52 – 84098 Pontecagnano Faiano (SA)

MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ Email _____
Documento d'Identità _____

MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti dall'Ambito Territoriale ex S4 per la realizzazione del progetto di vita indipendente

(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per sé stesso

- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Documento d'Identità _____

- in qualità di dichiarante (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo



PIANO
SOCIALE
di ZONA
Ambito S04_2

stato di salute (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente nel comune di _____ alla Via/Piazza

_____ n° _____ Codice Fiscale _____

Documento d'Identità _____

A tal fine,

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 76 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.P.R.,

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

DICHIARA

- di aver preso sufficiente visione dell'avviso pubblico in materia dell'Ambito Territoriale e di accettarne condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- di avere una età compresa tra i 18 ed i 64 anni;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;
- di non essere beneficiario di altri contributi pubblici per la vita indipendente;
- di essere dimorante presso il proprio domicilio e nel proprio contesto familiare;
- di non essere beneficiario di un assegno di cura;
- di essere in carico alle prestazioni socio sanitarie
- di non essere in carico alle prestazioni socio sanitarie

(da barrare solo ed esclusivamente se del caso)

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso a una o più delle seguenti azioni (*barrare la/e casella/e di interesse*):

- Azione A) Erogazione di incentivi economici per l'assunzione di un assistente personale;
- Azione B) Abitare in autonomia_ Co-housing sociale;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- di essere a conoscenza che, ai fini della valutazione sanitaria e delle relative informazioni sulla capacità di



autodeterminazione, sarà somministrata la Scheda S.Vam.Di. da parte del Medico di Medicina Generale e del Medico dell'Unità Operativa Distrettuale competente, le cui risultanze saranno illustrate in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI);

- di essere a conoscenza che, ai fini della valutazione sociale e delle relative informazioni sul bisogno sociale, sarà somministrata la Scheda S.Vam.Di. da parte di un assistente sociale dell'Ambito;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. _____ figli minori;
- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. _____ anziani non autosufficienti;
- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. _____ disabili;

(da barrare solo ed esclusivamente se del caso) che nel nucleo familiare risulta presente un'alta problematicità causata da:

- devianza sociale
- problemi di salute
- problemi di disoccupazione
- problemi giudiziari
- dispersione scolastica
- basso livello di istruzione;

- che l'abitazione in cui vive è ubicata nel comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____;

(da barrare solo ed esclusivamente se del caso) che le condizioni dell'abitazione in cui vive sono inadeguate a causa di:

- persona senza fissa dimora o con alloggio improprio o ospite
- occupazione abusiva o sfratto esecutivo
- zona isolata
- spazio fruibile non sufficiente
- presenza di barriere architettoniche
- riscaldamenti assenti o inadeguati
- servizi igienici assenti o inadeguati
- umidità e fatiscenza degli ambienti;

(da barrare solo ed esclusivamente se del caso) che ha insufficiente supporto della rete familiare e sociale nella realizzazione delle seguenti attività:

- preparazione dei pasti
- pulizia della casa
- lavaggio degli indumenti
- effettuazione di acquisti
- preparazione degli alimenti
- fruizione dei servizi igienici
- pulizia personale
- vestizione
- assunzione di medicinali
- trasferimenti e spostamenti sul territorio



DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- di essere a conoscenza che la presentazione della istanza, per l'accesso al programma per la Vita Indipendente, prevede l'effettivo accesso agli incentivi solo in caso di inserimento tra i progetti finanziati dall'Ambito;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

che la documentazione allegata è la seguente:

(obbligatoria) copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(solo ed esclusivamente se del caso) copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità interessata), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(obbligatoria) certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3;

(obbligatoria) *dichiarazione sostitutiva unica 2024;*

(obbligatoria) *certificazione ordinaria ISEE 2024;*

(facoltativa) ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: _____)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma

-Allegare informativa sulla privacy debitamente firmata.



Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è l'avv Tommaso Maioriello, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 089/93.05.398 Indirizzo PEC: protocollo@pec.comune.pontecagnanofaiano.sa.it.

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@comune.pontecagnanofaiano.sa.it.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Firma del Richiedente il beneficio

Data _____
