

ALLEGATO A

Alla cortese attenzione del:
Direttore Generale
Consorzio Ovest Solidale
Collegno Grugliasco
Rivoli Rosta Villarbasse

RICHIESTA DI ADESIONE AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE		
COGNOME	NOME	SESSO
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
COMUNE DI NASCITA	PROVINCI	DATA DI NASCITA
COMUNE DI RESIDENZA	INDIRIZZO	N
<input type="checkbox"/> Collegno - <input type="checkbox"/> Grugliasco - <input type="checkbox"/> Rivoli - <input type="checkbox"/> Rosta - <input type="checkbox"/> Villarbasse		
Titolo di studio	<input type="checkbox"/> scuola elementare <input type="checkbox"/> scuola media <input type="checkbox"/> tit. professionale <input type="checkbox"/> diploma scuola secondaria <input type="checkbox"/> laurea <input type="checkbox"/> altro	
CODICE FISCALE		
! ! ! ! ! ! ! ! !		
Telefono e Indirizzo E- mail	Indirizzo per comunicazioni (se diverso dalla residenza)	
Le comunicazione del COS dovranno essere inviate al:		
<input type="checkbox"/> numero di cellulare <input type="checkbox"/> indirizzo e-mail		
IBAN	! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !	
Eventuali note		

Criterio 1) Limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana e di tutte quelle funzioni che la persona con disabilità non può svolgere direttamente, includendo quelle limitazioni che richiedano comunque sostegni nel loro espletamento

MAX PUNTI 15

LN 104/92 art. 3 comma 3 (riconoscimento disabilità grave) si - no

GRAVITÀ DEL SOGGETTO: intesa, da un punto di vista funzionale, come limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

1 () Soggetto con disabilità fisico – motoria e/o sensoriale: - che lo limita in modo significativo nella deambulazione o in altre attività motorie e di vita quotidiana. Non vi è comunque compromissione degli arti superiori. - Cecità totale in entrambi gli occhi oppure coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore o il cui residuo perimetrico binoculare sia inferiore al 3%. - Ipoacusia profonda congenita o acquisita prima dell'apprendimento della parola con soglia uguale o superiore a 90 decibel. Complessivamente la condizione personale determina solo saltuariamente l'intervento compensativo di altre persone. Il soggetto necessita saltuariamente di mediazioni nella comunicazione.

2 () Soggetto con disabilità fisico - motoria: - che lo limita completamente nella deambulazione o in altre attività motorie e di vita quotidiana. E' presente anche una limitazione parziale nell'uso degli arti superiori. Complessivamente la condizione personale determina frequentemente l'intervento compensativo di altre persone. Il soggetto necessita di mediazioni nella comunicazione.

3 () Soggetto con disabilità fisico – motoria: - con limitazione completa nella deambulazione o in altre attività motorie e di vita quotidiana. E' presente anche una limitazione totale nell'uso degli arti superiori. Complessivamente la condizione personale determina costantemente e continuativamente l'intervento compensativo di altre persone. Il soggetto necessita di mediazioni nella comunicazione.

4. () Soggetto con disabilità intellettiva.

Invalido civile, con percentuale del

Percettore di:

- | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|
| • | Pensione di Invalidità Civile | <input type="checkbox"/> SI | importo:..... | <input type="checkbox"/> NO |
| • | Indennità di Accompagnamento | <input type="checkbox"/> SI | importo:..... | <input type="checkbox"/> NO |
| • | Altre indennità | <input type="checkbox"/> SI | importo:..... | <input type="checkbox"/> NO |
| • | Reddito di Cittadinanza | <input type="checkbox"/> SI | importo:..... | <input type="checkbox"/> NO |

Diagnosi accertata (come da verbale della Commissione Medico Legale)

Critério 2) Motivazioni personali e tipologia degli obiettivi

Descrivere gli obiettivi specifici del progetto personalizzato di Vita indipendente: (esempio: previsione/attuazione di percorsi di studio e/o lavorativi. - presenza di carichi familiari. - effettuazione di attività di rilevanza sociale - esercizio della funzione di genitori - percorsi di autonomia)

MAX PUNTI 30**Proposta Progetto Individuale**

Numero di ore (settimanali) necessarie al raggiungimento degli obiettivi personali: _____

Budget mensile necessario (se in possesso allegare preventivo di spesa): _____

Di cui:

() accompagnamenti (per visite mediche, raggiungere luogo di lavoro, di studio, di volontariato o sportive, raggiungere luoghi socializzanti o attività ricreative, disbrigo pratiche)

N° ore _____

() cura dell'ambiente domestico (spesa etc.) N° ore _____

() cura igiene della persona N° ore _____

2.1) Situazione occupazionale

lavoratore dipendente lavoratore autonomo volontario attivo

studente pass tirocini altro _____

non occupabile secondo quanto previsto dalla LN 68 (Collocamento mirato dei disabili)

MAX PUNTI 10

Critério 3) Condizione personale, familiare, abitativa ed ambientale**MAX PUNTI 20**

- | | | |
|---|----|----|
| • VIVE DA SOL* O IN CO-HOUSING | SI | NO |
| • E' CONIUGAT* | SI | NO |
| • CON FIGLI MINORENNI | SI | NO |
| • CON FIGLI MAGGIORENNI | SI | NO |
| • CON GENITORI/NONNI | SI | NO |
| • CON GENITORI CHE LAVORANO | SI | NO |
| • CON GENITORI ANZIANI AUTOSUFFICIENTI: | SI | NO |
| • CON GENITORI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: | SI | NO |
| • NEL NUCLEO SONO PRESENTI: | | |
| - FRATELLI | SI | NO |
| - FRATELLI NON AUTOSUFFICIENTI | SI | NO |
| - ALTRI CONVIVENTI | SI | NO |

(se si, specificare) _____

3.1) Condizioni abitative e ambientali: (esempio: abitazioni che presentano barriere architettoniche e/o prive di adattamenti degli spazi domestici e/o ubicate in aree decentrate e con scarsa accessibilità ai servizi)

- Presenza di condizioni ambientali non favorevoli

PUNTI 5**Critério 4) Situazione economica****MAX PUNTI 20**

Allega i seguenti documenti :

Attestazione Isee Socio Sanitario - pari a €

Si precisa che Attestazione ISEE maggiore di € 35.000,00 esclusione dal Progetto

- Da € 0,00 a € 8.000,00
- Da € 8.001,00 a € 15.000,00
- Da € 15.001,00 a € 22.000,00
- Da € 22.001,00 a € 29.000,00
- Da € 29.001,00 a € 35.000,00

MAX 20 PUNTI**MAX 15 PUNTI****MAX 10 PUNTI****MAX 5 PUNTI****Punteggio 0**

Continuità. Sono titolare del progetto VITA INDIPENDENTE dal _____

Servizi già presenti, quali:

- Prestazioni U.M.V.D. Quali? _____
- Trasporti a favore di persone con disabilità del Comune di residenza
- Altro (specificare)_____

DICHIARO INOLTRE ,

- ai fini della Legge 675/96, di essere consapevole che il COS dovrà attuare le verifiche previste dalla normativa vigente e potrà a tal fine utilizzare le informazioni da me rese;
- che quanto sin qui dichiarato sotto la mia responsabilità corrisponde al vero.
- di sapere che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti con le sanzioni penali richiamate nell'art. 26 della L. 15/68 e s.m.i

DATA	FIRMA DEL DICHIARANTE

INFORMATIVA SULLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI (PRIVACY) AI CITTADINI

Informativa sulla Tutela dei dati personali (Privacy) – D.Lgs. 196/2003 – LN 160/2019 –
D.L. 53/2019 -

Informativa ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016 (art.13), ad oggetto “Codice in materia di protezione dei dati particolari”.

AUTORIZZO

Il Consorzio ad inviare via SMS o e-mail tutte le comunicazioni relative alla presa in carico del sottoscritto e del proprio nucleo familiare, ritenendo tale mezzo di comunicazione valido e sufficiente.

Confermo che il proprio numero di telefono cellulare e/o la propria casella di posta elettronica Sono quelli riportati in prima pagina

Si impegna inoltre ad informare lo stesso Consorzio dell'eventuale cambiamento del numero del proprio telefono cellulare e/o indirizzo di posta elettronica.

DICHIARO

di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, attraverso procedure adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

I dati possono essere comunicati a tutti i soggetti (Uffici Comunali, Asl; organi della Pubblica Amministrazione, Associazioni di volontariato, Cooperative con cui il Consorzio collabora) che,

secondo la normativa vigente, sono tenuti a conoscerli, nonché a soggetti che devono o possono intervenire nel procedimento amministrativo o nel progetto di aiuto.

DATA	FIRMA AUTORIZZAZIONE/CONSENSO

In caso di invio tramite posta o email allegare fotocopia carta d'identità

Per consegna a mano

Questa dichiarazione è stata resa al sottoscritto dall'interessato e l'identità è stata accertata tramite:

Tipo di documento n°

rilasciato da in data

L'interessato è impossibilitato a firmare in quanto

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO RICEVENTE