



PIANO SOCIALE  
DI ZONA  
S4

**PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE  
E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DI PERSONE ADULTE CON DISABILITA'  
(ANNUALITA' 2018) C.U.P. I29E19000050005**  
**Modello di Domanda approvato con determinazione n. 113 del 03/02/2021**

Al Protocollo Generale del Comune di Pontecagnano Faiano  
Capofila Ambito Territoriale S4  
Via M. 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 S4 per la realizzazione del progetto di vita indipendente

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

-  per se 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



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.Lgs. 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.Lgs.,  
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 S4 e di accettarne incondizionatamente 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;
- Azione C) Mobilità e trasporto 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



## PIANO SOCIALE DI ZONA

S4

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, le cui risultanze saranno illustrate in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI);

### **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
- deambulazione
- gestione del denaro
- sostegno psicoaffettivo





## DICHIARA

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

- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale S4 per la vita indipendente prevede la successiva partecipazione all'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per la valutazione sanitaria e sociale;
- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale S4 per la vita indipendente prevede il successivo 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)*  certificazione ordinaria ISEE (ATTENZIONE: relativamente all'ISEE, al fine di non determinare penalizzazioni a carico di persone con disabilità interessate ma prive di immediata disponibilità della relativa certificazione, si prevede la possibilità di procedere alla consegna anche in un secondo momento, in ogni caso precedente all'effettuazione di UVI per la presa in carico);

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

\_\_\_\_\_ )

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

-Allegare copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e, in caso di persona diversa, del beneficiario;

- Allegare copia del verbale di disabilità ai sensi della Legge n. 104, articolo 3;

-Allegare certificazione I.S.E.E. relativa al nucleo familiare del beneficiario.



**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 la Dott.ssa Giovanna Martucciello, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 089/386398 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_