



Manifestazione di Interesse

Per la presentazione di un Progetto Personalizzato
di Vita Indipendente

Azienda Speciale Consortile "Penisola Sorrentina" - ATS N33

Azienda Speciale Consortile
per i servizi alla Persona
"Penisola Sorrentina"
Ambito Territoriale Sociale N33

Spazio riservato alla protocollazione

Prot. n. _____

Data: _____

Al Direttore Generale
Azienda Speciale Consortile
"Penisola Sorrentina" - ATS N33

Al Servizio Sociale Professionale
del Comune di: _____

Sezione Persona con Disabilità

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: _____

Nato/a a: _____ Prov.: ____ Il ____ / ____ / ____ Stato: _____

Cittadinanza: _____

Documento di riconoscimento: _____

Indicare il tipo (Patente, Carta identità, Passaporto) in corso di validità e allegare obbligatoriamente la copia alla presente istanza

Codice Fiscale: _____

Residente a: _____ Indirizzo: _____

Telefono: _____ Mail: _____

M.M.G./P.L.S.: _____

Consapevole delle sanzioni, della decadenza e dell'eventuale azione di recupero del beneficio eventualmente conseguito in caso di dichiarazioni mendaci, non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 2000;

Manifesta il Proprio Interesse

Alla co-costruzione di un Patto per la Vita Indipendente, a seguito di valutazione del presente Progetto Personalizzato da parte dell'EVM e conseguente redazione di Graduatoria così come da Avviso Pubblico "INDIVIDUAZIONE BENEFICIARI IN FAVORE DEI QUALI ATTIVARE PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE FINANZIABILI CON LE RISORSE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2020" approvato con DD. N. .554 DEL 07.10.2024 finalizzato all'attivazione di percorsi di vita autonomi sulla base della valutazione dei bisogni e delle necessità del singolo per l'ammissione al Programma "Vita Indipendente" a valere sulle risorse del Fondo Non Autosufficienza 2020 (ex DPCM 21 novembre 2019 ed ex DPCM 21 dicembre 2020).

DICHIARA

<input type="checkbox"/> Di beneficiare delle seguenti prestazioni di assistenza sociale o sociosanitaria, anche non domiciliare: _____
<input type="checkbox"/> Di essere in possesso di attestazione di disabilità in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, L. n. 104 del 1992 (da allegare)
<input type="checkbox"/> Che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità (allegare certificazione medica);
<input type="checkbox"/> Che il valore dell'attestazione ISEE socio-sanitario (da allegare), in corso di validità, è pari ad €:
<input type="checkbox"/> Di non beneficiare delle misure "Dopo di noi", del progetto "Home Care premium" e di non aver fatto richiesta di valutazione per "Assegni di Cura/ Voucher".
<input type="checkbox"/> Di essere in grado di esprimere la propria autodeterminazione e la volontà di gestire in modo autonomo la propria vita e le proprie scelte.

Situazione occupazionale del titolare del progetto:

- Studente
- Lavoratore
- Disoccupato
- Pensionato
- Inattivo

Situazione abitativa del titolare del progetto:

- Vive da solo
- Vive in famiglia
- Vive in struttura residenziale
- Altro: _____

ULTERIORI PERSONE DI RIFERIMENTO PER IL PROGETTO INDIVIDUALE (L. 328/2000)

Familiari: _____

Medico curante: _____

Assistente sociale: _____

Eventuale Tutore o Amministratore di sostegno: _____

Eventuale Ente del Terzo settore da scegliere quale supporto: _____

CARATTERISTICHE DEL TITOLARE DEL PROGETTO:

Descrivere le caratteristiche della persona con disabilità (es: formazione, competenze, desideri, preferenze, etc.)



Diagnosi (descrizione e data aggiornamento) e terapie in atto

Descrivere il Contesto familiare e sociale

Composizione del Nucleo familiare:

1. _____ (indicare grado di parentela e data di nascita) _____
2. _____ (indicare grado di parentela e data di nascita) _____
3. _____ (indicare grado di parentela e data di nascita) _____
4. _____ (indicare grado di parentela e data di nascita) _____
5. _____ (indicare grado di parentela e data di nascita) _____

Capacità di supporto della Rete familiare/parentale

Indicare quali persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione e **per cosa è assistito** e per quanto tempo:

1) _____

2) _____

Obiettivi di vita autonoma che si intendono perseguire:



Risultati attesi:

Possibili linee d'azione progettabili:

- 1. Valutazione dell'interesse ad assumere un Assistente Personale al fine di realizzare azioni di Vita Indipendente:** (Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela. Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda):

La persona con disabilità necessita dell'Assistente Personale :

SI

NO

AREA AUTONOMIA PERSONALE per le quali è necessario l'intervento dell'Assistente personale:

Alzarmi da letto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Coricarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi mani e viso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavarmi capelli e pettinarmi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Usare i servizi igienici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Igiene intima	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare il bagno o la doccia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vestirsi e svestirsi (compreso lo scegliere l'abbigliamento appropriato al contesto ed alle stagioni)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza notturna	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mangiare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso del Wc	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assumere medicinali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

Pulire la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Riordinare la casa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fare la spesa o acquisti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Preparare i pasti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lavare biancheria e stoviglie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altro: _____		

AREA AUTONOMIA SOCIO - LAVORATIVA

Utilizzare strumenti informatici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disbrigo pratiche burocratico-amministrative	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Assistenza per lo studio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento al lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto sul posto di lavoro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Spostarsi in carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aiuto nel camminare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento fuori casa per accesso ai servizi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento a visite mediche/esami/riabilitazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Accompagnamento in vacanza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Utilizzo di mezzi pubblici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scrivere _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Leggere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



Comunicare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Avere relazioni informali (con compagni, vicini di casa, amici, etc.)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività culturali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tempo libero	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Attività sportive	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Viaggi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Eventuale Assunzione dell'assistente personale:

avvenuta in data _____ (allegare copia del contratto di lavoro).

Il contributo economico concesso è pari ad un massimo € 6.000,00 per ciascuna proposta progettuale.

2. Valutazione dell'interesse alla realizzazione di un'esperienza di co-housing per n. 3 persone con disabilità, con il supporto dell'Assistente Personale:

La persona con disabilità è interessata alla sperimentazione di una esperienze di CO-HOUSING:

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

Possesso di un'Abitazione presso la quale realizzare il proprio progetto per la "vita indipendente":

Comune di _____ Via/P.zza _____

Breve descrizione _____

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____
- Di proprietà/In uso gratuito/Usufrutto/Affitto di una persona con disabilità con quale si intende sperimentare un'esperienza di co-housing (che obbligatoriamente presenta il progetto personalizzato di cui all'oggetto)
- Altro: _____

Presenza servizi igienici adeguati	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presenza di Barriere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se si, specificare:

Esterne: _____

Interne: _____

Abitazione centrale e ben servita	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Se NO, specificare: _____

Eventuali persone con disabilità aventi i requisiti di cui al presente avviso con i quali vivere un'esperienza di co-housing (è obbligatorio che ogni persona con disabilità presenti il proprio progetto personalizzato):

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

Il contributo economico concesso è pari ad un massimo € 30.000,00 per ciascuna proposta progettuale.



3. Valutazione interesse alla realizzazione di attività di inclusione sociale e relazionale:

La persona con disabilità è interessata alla realizzazione di attività di inclusione sociale e relazionale:

SI

NO

Descrivere quali attività rispondono ai propri interesse, competenze e capacità (es. attività sportive, musco-teatrali, ippoterapia...) _____

Il contributo economico concesso è pari ad un massimo di € 500,00 per l'azione 3 e di massimo complessivi € 1.000,00 per ciascuna proposta progettuale.

4. Valutazione interesse alla realizzazione di attività di Trasporto sociale:

La persona con disabilità è interessata alla realizzazione di Trasporti Sociali:

SI

NO

Descrivere per quali attività intende utilizzare i Trasporti Sociali: _____

Il contributo economico concesso è pari ad un massimo di € 500,00 per l'azione 4 e di massimo complessivi € 1.000,00 per ciascuna proposta progettuale.

5. Valutazione interesse alla realizzazione di attività di Domotica:

La persona con disabilità è interessata al noleggio di attrezzature finalizzate a garantire la domiciliarità e a garantire alla persona e ai suoi familiari di continuare a vivere con sicurezza presso la propria abitazione:

SI

NO

Descrivere quali interventi e/o attrezzature e/o ausili tecnologici all'autonomia personale potrebbero essere utili per garantire alla persona con disabilità di continuare a vivere con sicurezza la propria abitazione: _____

Il contributo economico concesso è pari ad un massimo di € 2.000,00 per ciascuna proposta progettuale.

INOLTRE,

Sezione AUTORIZZAZIONI E ALTRE INFORMAZIONI

☞ Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla privacy, in base a quanto letto nell'informativa allegata alla presente istanza, di cui al Regolamento Europeo per



la protezione dei dati 2016/679 (GDPR);

Sezione ALLEGATI

Allegare alla presente istanza i documenti obbligatori di seguito indicati

Si allega:

- Copia del Documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- Copia Attestazione **I.S.E.E.** in corso di validità + D.S.U. relativa;
- Copia Attestazione ex L. 104/1992;
- Eventuale copia Certificazione Invalidità Civile;
- Certificazione medica prodotta dal Medico di Medicina Generale che attesti che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- Eventuale Copia Atto di nomina di Tutore/Amm. di Sostegno;
- Copia leggibile IBAN di conto corrente intestato alla persona con disabilità;
- Preventivi per la realizzazione di interventi di Domotica, per gli interessati alla linea d'azione 5
- Altro (indicare eventuali altri allegati):
 - _____;
 - _____;

Luogo e Data

Firma

SCHEDA FINANZIARIA

LINEA D' INTERVENTO	BUDGET FINANZIARIO RICHIESTO
1. ASSISTENTE PERSONALE	
2. CO-HOUSING	
3. INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE	
4. TRASPORTO SOCIALE	
5. DOMOTICA	
BUDGET FINANZIARIO COMPLESSIVO DELLA PROPOSTA PROGETTUALE	

Luogo e Data

Firma



INFORMATIVA PRIVACY

Gentile cittadino, la presente informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale UE sulla Protezione dei Dati personali (RGPD) e ha lo scopo di informarla sulle modalità di trattamento dei Suoi dati personali che avverrà in base ai principi di liceità, correttezza e trasparenza.

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina" (ASPS) avente sede in Via degli aranci, 41 – 80067 Sorrento (NA) (C.F.: 09025691214).

PEO: pszn33@gmail.com PEC: asps-penisolasorrentina@pec.it

2. Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo: responsabileprotezionedati@pszn33.it

3. Finalità, base giuridica e durata del trattamento

I **dati personali** oggetto del trattamento sono: a) dati comuni (dati anagrafici, dati di contatto, informazioni relative al nucleo familiare, informazioni relativi all'attività lavorativa, dati fiscali); b) dati particolari ai sensi dell'art. 9 RGPD (dati sanitari).

La **finalità** del trattamento è l'erogazione del servizio da parte del Titolare del trattamento. Nel caso di rifiuto a comunicare i dati richiesti, non sarà possibile procedere con l'erogazione del servizio.

Per quanto riguarda le **basi giuridiche** su cui si fonda il trattamento, esse sono:

- Per il punto a), il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale a cui è soggetto il Titolare del trattamento e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare stesso (art. 6, co.1, lett. C) e E) RGPD);
- Per il punto b), il trattamento è necessario per assolvere obblighi ed esercitare diritti del Titolare del trattamento o dell'Interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale e per finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale o per la gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali (art. 9, co. 2, lett. B) e H) RGPD).

4. Durata del trattamento

I dati saranno conservati per tutto il tempo necessario alla realizzazione delle finalità riportate in Avviso e Istanza.

5. Destinatari dei dati

I dati possono essere comunicati a Enti, società o soggetti che svolgono attività di consulenza, fornitura o collaborazione con il Titolare del trattamento per la realizzazione della finalità di cui al punto 3) o che possono accedere ai dati in forza della normativa nazionale o europea. Tutti questi soggetti sono stati nominati Responsabili del trattamento il cui elenco è presente in sede.

6. Trasferimento dei dati

I dati sono conservati in server che hanno sede in Unione Europea.

7. Diritti degli Interessati

In quanto Interessato del trattamento, Lei può esercitare i seguenti diritti scrivendo al Titolare del trattamento o Responsabile della protezione dei dati agli indirizzi sopra indicati.

Diritto di accesso (art. 15 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei dati personali che lo riguardano e, in tal caso, di accedere ai dati personali e di essere informato su finalità e durata del trattamento, sulle categorie di dati personali oggetto del trattamento e gli eventuali destinatari e sui diritti che può esercitare.

Diritto di rettifica (art. 16 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano.

Diritto di cancellazione (art. 17 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato motivo, a patto che non ricorrano specifici motivi.

Diritto di limitazione del trattamento (art. 18 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando: contesta l'esattezza dei suoi dati personali; il trattamento è illecito; per consentirgli di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria; l'Interessato si è opposto al trattamento.

Diritto alla portabilità dei dati (art. 20 RGPD) - L'Interessato ha il diritto di ricevere dal Titolare del trattamento i dati personali che lo riguardano in un formato strutturato, di uso comune e leggibile e di trasmettere questi dati ad un altro Titolare del trattamento.

Diritto di opposizione (art. 21 RGPD) - L'Interessato ha diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, compresa la profilazione

Diritto di proporre reclamo (art. 77 RGPD) - L'interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante della protezione dei dati personali per lamentare una violazione della disciplina in materia e di richiedere quindi una verifica da parte dell'Autorità.

Luogo e Data

Firma

