

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO A SOSTEGNO DELLA VITA INDIPENDENTE

- ANNO 2015 -

*Intervento in attuazione della DGR 2883/2014 - Fondo Non Autosufficienze - 2014
Ambito territoriale n°11 del Garda*

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO E PIANO PERSONALIZZATO DI INTERVENTO

Dati identificativi del/la beneficiario/a

cognome _____

nome _____

nato a _____ prov. () il _____

codice fiscale _____

residente a _____ via _____

tel. _____ eventuale altro recapito _____

Care – Giver e altre persone significative

→ **vive con:** coniuge/convivente coniuge/figli figli parenti genitori badante
solo altro (specificare) _____

Relazione	Cognome e nome recapito e telefono	Anno di nascita	convivente	Disponibilità (specificare in termini qualitativi e quantitativi settimanali)
			SI NO	

→ è attiva rispetto alla situazione una rete di assistenza di volontariato: SI NO

Altre informazioni socio-assistenziali

- | | SI | NO | in corso di accertamento | |
|--|------------------------------------|---|--|---|
| - Invalidità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ % |
| - Indennità di accompagnamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - L. 104/92 Gravità Handicap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - SAD comunale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| - Assistenza continuativa privata | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> badante | <input type="checkbox"/> altra figura prof. | |
| - La persona è attualmente beneficiaria di voucher socio-sanitario | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - Altri benefici o servizi (specificare) | _____ | | | |

Attestazione ISEE (da allegare):

note: _____

PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Descrizione della situazione personale, familiare, di contesto, precisando la presenza o meno di una rete di supporto (familiare o di volontariato); degli interventi attuati o necessari a sostegno della autonomia della persona e della realizzazione del suo progetto di vita.

Modalità di monitoraggio/verifica:

Costo del progetto: € _____

Operatore di riferimento (del Comune e/o ASL):

Luogo e data

Firma del/della richiedente (beneficiario/a del finanziamento)

.....

Firma del/della proponente (Assistente Sociale del Comune di residenza)

.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
Ai Sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale n. 11 del Garda, anche con l'ausilio di mezzi informatici.
Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

..... il.....

Firma.....