



Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali
Biella



Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a in via..... n°
recapito telefonico
indirizzo e-mail

in qualità di diretto interessato

oppure

amministratore di sostegno tutore altro (specificare)

del/della sig./ra
nato a il
residente a in via..... n°
recapito telefonico
indirizzo e-mail

chiede di accedere ai finanziamenti previsti per i progetti di Vita Indipendente anno 2018.

a tal fine dichiara:

- di essere in possesso del certificato di invalidità civile (percentuale del) e della certificazione di handicap ai sensi della legge 104/1992;

- di essere:

- occupato presso
- disoccupato
- studente presso.....
- pensionato

- di avere un ISEE del valore di con scadenza 15.1.2019;

- di avere le seguenti entrate mensili

- di avere il seguente progetto di Vita Indipendente/di allegare il proprio progetto di Vita Indipendente sottoscritto

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- che il proprio progetto di Vita Indipendente avrà un costo mensile stimato di €.
così suddiviso:

- 1 -
- 2-
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -

dichiara inoltre

- di essere disponibile alla partecipazione a momenti formativi e di rielaborazione dell'esperienza di Vita Indipendente si no

- che i propri familiari
cognome e nome

grado di parentela

.....
.....
.....
.....
.....

sono a conoscenza del progetto di Vita Indipendente si no
lo condividono si no

sono disponibili ad eventuali incontri sul tema della vita in autonomia di persone disabili
 si no

di abitare per lo più

- da solo
- con i seguenti familiari
-
-
-
-
- con le seguenti altre persone senza vincolo di parentela
-
-
-
-
- in struttura residenziale, specificare
-

di non poter sostenere agevolmente il colloquio orale e di chiedere l'utilizzo dei seguenti supporti/ausili

dichiara inoltre

- di essere stato valutato dalla Commissione UMVD dell'ASL BI

si no

- di essere disponibile all'assunzione dell'assistente personale in base alla vigente normativa;

- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà validato dalla Commissione UMVD presso l'ASL BI;

- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà interrotto al verificarsi dei seguenti eventi:

- perdita della connotazione di vita indipendente, cioè qualora vengano a mancare i requisiti previsti, previa verifica della Commissione UMVD e della Commissione Interna.
- destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nelle presenti linee guida;
- inadempienze agli obblighi assunti con l'Ente Gestore di riferimento (Consorzio Cissabo e Consorzio IRIS);
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro con l'assistente personale;
- volontà dell'interessato di sospendere il progetto di vita indipendente;
- mutamento delle condizioni/requisiti che avevano determinato la possibilità di accedere al progetto. Il mutamento dei requisiti socio-sanitari deve essere validato dall'U.M.V.D.
- mancata comunicazione tempestiva sulla variazione di una delle condizioni necessarie all'accesso al progetto;
- compimento dei 65 anni
- trasferimento della residenza in un comune rientrante in ambito territoriale di un altro Ente Gestore.

....., lì.....

firma

documenti allegati:

- copia del verbale di invalidità civile e della certificazione di handicap

- copia di altra documentazione medica aggiornata

- dichiarazione ISEE in corso di validità o copia della DSU (in attesa di rilascio della certificazione ISEE)

- copia di un documento d'identità in corso di validità

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che i Consorzi IRIS e CISSABO tratteranno i dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente e seguente attivazione dello stesso.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione. In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili, potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è:

Consorzio CISSABO - dr. Francesco Garzetti - info@cissabo.org

Consorzio IRIS - dr.ssa Rosanna Marinella Lentini - info@consorzioiris.net

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il Signor/ra _____ nato/a
a _____ il _____ residente a
_____ in Via/Piazza _____
telefono/cell. _____ e-mail _____ Cod.
Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di: tutore amministratore di sostegno

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione del progetto personalizzato di Vita Indipendente e seguente attivazione dello stesso di:

- esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati
- negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione e in sua assenza non si potrà dare seguito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____