



## CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

### ALLEGATO A) DOMANDA PER GLI INTERVENTI DI AREA A

**Accesso al programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi gestionali a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare dopo di noi l. 112/2016**

(modulo da compilare in stampatello)

Alla cortese attenzione  
dott.sa Flavia Orsetti  
Direttore del Settore Socio Educativo  
Comune di Sesto San Giovanni  
via B. Croce, 12  
20099 – Sesto San Giovanni

#### DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a.....Prov. ....il.....

Residente a Sesto San Giovanni in Via/le/P.za ..... n .....

Telefono.....Cellulare.....

Codice fiscale.....

In qualità di:

Beneficiario;

Familiare;

ADS/Tutore;

**CHIEDE  
L'ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO INDIVIDUALE IN FAVORE DI:**

Cognome ..... Nome.....  
Nato/a.....Prov. ....il.....  
Residente a Sesto San Giovanni in Via/le/P.za ..... n .....  
Telefono.....Cellulare.....  
Codice fiscale.....

**RELATIVO A**

(Barrare la voce con una X - è possibile una sola opzione tra A e B):

**A** -  Accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare quali periodi di stacco programmato dalla famiglia, week-end di autonomia, vacanze, settimane di autonomia).

**B** -  Ricovero di sollievo .

Segnalo, inoltre, l'eventuale disponibilità (informazione facoltativa):

- ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.
- a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione

**DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO**

Sotto la propria personale responsabilità, consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente, ovvero:

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dalla normativa suddetta, è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (art.76 del DPR 445/2000); 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso; 3. in caso di dichiarazione non veritiera i benefici eventualmente conseguiti decadono ai sensi della norma dell'art. 75 del DPR 445/2000;

Consapevole che l'Amministrazione Comunale si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese.

ha un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, ovvero.....;

è persona disabile grave riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 (accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge), non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

è privo del sostegno familiare in quanto:

mancante di entrambi i genitori;

i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno;

- i genitori, per ragioni connesse all'età, non sono più nella condizione di continuare a garantire nel futuro un adeguato sostegno;
- entrambi i genitori hanno un'età uguale o superiore 70;
- è convivente con un solo genitore (genitori separati/divorziati, genitore deceduto, ecc.);
- è presente nel nucleo familiare un'altra persona invalida o affetta da patologie gravi che compromettono la funzione cura del congiunto disabile grave.

vive con/presso:

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

possiede un ISEE (Indicatore di Situazione Economica Equivalente) è di € ..... ed allega la certificazione ISEE in corso di validità.

frequenta in modo sistematico e continuativo uno dei seguenti Servizi:

- CDD Centro Diurno Disabili in Classe SIDi.....;
- CSE Centro Socio educativo e SFA Servizio Formazione all'autonomia;
- frequenta attività laboratoriali diurne con frequenza settimanale minima di 10 ore;
- frequenta percorsi di tirocinio in ambiente lavorativo.

presso (indicare il servizio nel quale la persona è inserita):

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

non frequenta in maniera sistematica e continuativa Unità di Offerta o servizi di carattere socio-sanitario (esempio: Centro Diurno Disabili, Centro Socio Educativo, Servizi di Formazione all'autonomia).

Sesto San Giovanni, .....

In fede  
 Il richiedente

.....

<p><u>Informativa ai sensi del D.lgs. 30.6.2003 n. 196</u>  <u>"Codice in materia di protezione dei dati personali"</u></p> <p>In relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:          - il trattamento è indispensabile ai fini dell'assegnazione del Voucher;          - il trattamento è realizzato da personale dei Comuni di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, anche con l'ausilio di mezzi elettronici;          - il titolare del trattamento è il Comune di Sesto San Giovanni. Responsabile del trattamento è la dott.sa Flavia Orsetti; Ogni interessato potrà far valere i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.          Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a .....          acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.</p>
--

In fede  
 Il richiedente

.....

## **ALLEGA ALLA PRESENTE**

(in copia semplice e non in originale)

- Documento di identità del richiedente in corso di validità e Codice Fiscale;
- Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;
- Ultimo verbale di invalidità;
- Certificazione con disabilità grave ai sensi della Legge 104/92 art. 3 c. 3
- **Scheda auto compilata con la descrizione del livello di autonomia del richiedente (ALLEGATO 1). Per la compilazione della scheda, qualora l'utente sia inserito in un servizio, è possibile farsi aiutare nella compilazione della stessa dall'operatore di riferimento.**
- Se il richiedente è soggetto ad una misura di protezione giuridica, allegare il decreto/sentenza di nomina dell'Amministratore di Sostegno e/o del Tutore/curatore.
- Se nel nucleo familiare è presente, oltre al disabile grave per il quale si richiede l'attivazione del progetto individuale, un'altra persona invalida o affetta da patologie gravi che compromettono la funzione di cura del congiunto disabile allegare la documentazione relativa (eventuale invalidità e/o documentazione sanitaria atta a comprovare la patologia grave e invalidante).
- Titolo di soggiorno, se cittadino straniero.

## **ALLEGATO 1 - SCHEDA DI DESCRIZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA**

### **La compilazione della scheda è obbligatoria**

Attenzione: Per ogni domanda è possibile selezionare una sola risposta.  
Rispondere a tutte le domande

#### **CAPACITÀ DI USARE IL TELEFONO**

- Usa il telefono di propria iniziativa
- Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
- Risponde al telefono ma non è capace di comporre il numero
- Non è in grado di rispondere al telefono
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **FARE ACQUISTI**

- Fa tutte le proprie spese senza aiuto
- Fa piccoli acquisti senza aiuto
- Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa
- Non è in grado di fare acquisti
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **PREPARAZIONE DEL CIBO**

- Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto
- Prepara pasti adeguati se gli vengono forniti gli ingredienti
- Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi, ma non mantiene una dieta adeguata
- i pasti gli devono essere preparati e serviti
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **CAPACITÀ DI ACCUDIRE LA CASA**

- Sbriga le faccende domestiche da solo o con assistenza occasionale per i lavori pesanti
- Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti (rifà il letto, lava i piatti...)
- Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti ma non è in grado di mantenere un adeguato livello di pulizia della casa
- Necessita di aiuto per tutti i lavori domestici
- Non partecipa a nessuna azione di governo della casa
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **AUTONOMIA NEL LAVAGGIO DELLA BIANCHERIA**

- Lava personalmente tutta la biancheria
- Lava solo i piccoli capi di biancheria (calzini, fazzoletti)
- Tutta la biancheria deve essere lavata e stirata da altri
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **MEZZI DI TRASPORTO**

- Si sposta da solo utilizzando i mezzi pubblici o guidando la propria auto
- Per spostarsi usa in taxi, ma non i mezzi pubblici
- Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno
- Può spostarsi soltanto in taxi o in auto con l'assistenza di qualcuno
- Non si sposta con alcun tipo di mezzo di trasporto
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI FARMACI**

- Assume i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
- Assume i medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate

- Non è in grado di assumere correttamente le terapie da solo
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*)

#### **CAPACITÀ DI GESTIRE LE PROPRIE FINANZE**

- Gestisce le proprie finanze in modo autonomo (scrive assegni, paga le tasse, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate, riscuote la pensione)
- È in grado di fare piccoli acquisti ma necessita di aiuto per le operazioni più complesse (operazioni bancarie, acquisti maggiori...)
- non è in grado di maneggiare denaro
- Non applicabile (*selezionare nel caso in cui l'attività non sia mai stata svolta*).

#### **LAVARSI - spugnature, vasca o doccia**

- Non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi).
- Riceve aiuto nel lavarsi solo una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
- Riceve aiuto nel lavarsi per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava).

#### **VESTITI - Prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, biancheria, vestiario e accessori, adoperando le chiusure (comprese le bretelle se le usa)**

- Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
- Prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe.
- Riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito.

#### **USO DEI SERVIZI – Va alla toilette per urinare e per evacuare; si pulisce; si riveste**

- Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti senza assistenza (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone, il girello o la sedia a rotelle, e usando la padella o il vaso od il pappagallo, per la notte, o la comoda, vuotandoli al mattino).
- Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti dopo aver urinato o evacuato o nell'uso della padella (di notte) o della comoda
- Non si reca ai servizi per i processi di eliminazione di feci e urine

#### **TRASFERIMENTO**

- Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, senza aiuto (sia pure utilizzando presidi di sostegno come il bastone od il girello)
- Entra ed esce dal letto, come pure dalla poltrona, con un aiuto
- Non esce dal letto.

#### **CONTINENZA**

- Ha completo controllo sui movimenti per urinare ed evacuare
- Ha occasionalmente degli incidenti
- Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo sull'urinare o sull'evacuare; oppure utilizza il catetere o è incontinente

#### **ALIMENTARSI**

- Si alimenta da solo e senza aiuto
- Si alimenta da solo, ma richiede aiuto per tagliare la carne o per spalmare alimenti sul pane
- Richiede assistenza nell'alimentarsi o si è alimentato, in parte o completamente, con l'utilizzo di sonde o per via endovenosa.

Nome e Cognome del compilatore: .....

Grado di parentela e/o tipo di relazione: .....

*(Se IL richiedente è inserito in SFA, CSE o a in laboratori diurni con frequenza settimanale di almeno 10 ore) La compilazione è stata supportata da un operatore (educatore, ASA, OSS, ecc.) di riferimento?*

no

sì

Se sì, indicare il nominativo dell'operatore che ha supportato la compilazione.....  
.....