



- Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

### **CHIEDE**

di poter partecipare, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, al progetto HandyAmo approvato con DGRT 753 del 10 luglio 2017 in applicazione della L.112/2016.

A tale scopo

### **DICHIARA**

**Di essere stato/a riconosciuto/a come persona con handicap in situazione di gravità** ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (*da allegare al presente modulo*).

**Di essere stato riconosciuto Invalido Civile** SI  con percentuale |\_\_|\_\_|\_\_| % NO

Con indennità di accompagnamento? SI  NO

Per la seguente patologia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medico curante** \_\_\_\_\_

**Specialista/i di riferimento** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali **bisogni infermieristici** e/o necessità di **terapia farmacologica** per i quali potrebbe essere necessaria la presenza di personale infermieristico (indicare farmaci, modalità e orari di somministrazione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Di essere seguito da servizi territoriali sociali e/o sanitari

SI

NO

Assistente sociale di riferimento \_\_\_\_\_

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.).

---

---

---

---

---

---

Di essere al momento impegnato nelle seguenti attività (di studio, lavorative, sportive, socializzazione, volontariato, laboratori, etc...)

---

---

---

---

---

---

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

	I° COMPONENTE	II° COMPONENTE	III° COMPONENTE	IV° COMPONENTE	V° COMPONENTE
COGNOME/ NOME					
RELAZIONE					
LUOGO DI NASCITA					
DATA DI NASCITA					
ATTIVITA'					

Di avere un ISEE Ordinario per prestazioni socio-sanitarie pari a € \_\_\_\_\_ oppure

Di non disporre dell'ISEE al momento ma di essere disponibile a presentarlo qualora richiesto

Di avere un reddito/pensione pari a € \_\_\_\_\_ Reddito/pensione dei genitori € \_\_\_\_\_

Sono presenti redditi di altri familiari conviventi SI  NO

Spese documentate per l'assistenza € \_\_\_\_\_

**Che la situazione alloggiativa è la seguente:**

L'abitazione principale è sita nel comune di: \_\_\_\_\_

In Via/P.zza \_\_\_\_\_ vani n. \_\_\_\_\_

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto

Presenta servizi igienici adeguati SI  NO

Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI  NO

Ha una camera dedicata SI  NO

Ha una camera per assistente SI  NO

È isolata o situata in zona disagiata SI  NO

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali SI  Esterne  Interne   
NO

**Di essere disponibile ad ospitare o a mettere a disposizione l'abitazione per altri partecipanti al progetto relativamente all'Azione di "Co-Housing"?**

SI  NO

**Che le persone coinvolte nella propria assistenza, anche se non conviventi, sono le seguenti (indicare anche il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l'assiste):**

1)

---

---

2)

---

---

3)

---

---

---

**Che in relazione ai propri bisogni assistenziali nelle attività di base di vita quotidiana, le abilità sono:**

**Alimentazione**

- Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)
- Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.
- Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.
- Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).
- Totalmente dipendente, deve essere imboccato.

**Fare il bagno**

- Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatrice completa, completamente autonomo.
- Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).
- Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Totalmente dipendente nel lavarsi.

**Igiene personale**

- Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.
- In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.
- Necessita di aiuto per una o più operazioni.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.

**Abbigliamento**

- Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.
- Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).
- Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.
- Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.
- Totalmente dipendente, non collabora alle attività.

**Uso del WC**

- Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarci i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).
- Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.
- Necessita di aiuto per vestirsi/sgestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Totalmente dipendente.

**Continenza urinaria**

- Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni
- Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.
- Totalmente incontinenza o portatore di catetere a dimora.

### Continenza intestinale

- Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.
- Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.
- Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.
- Necessita di aiuto in tutte le fasi.
- Totalmente incontinente.

### Deambulazione

- Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.
- Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.
- Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.
- Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.

### Salire le scale

- E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.
- Generalente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.
- Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.
- Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.
- Incapace di salire e scendere le scale.

### Uso della carrozzina (non compilare se deambulante)

- Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.
- Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.
- E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.
- Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.
- Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

### Trasferimenti carrozzina-letto (non compilare se deambulante)

- Capace di avvicinarsi al letto in sicurezza, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.
- Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
- Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.
- Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamatali.

Eventuali note e chiarimenti:

---

---

---

---

---

**Che tra le attività previste dal progetto, esprime interesse in particolare per le seguenti:**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
“HandyAmo a imparare” - laboratori di simulazione dell’ambiente domestico		
“HandyAmo fuori” - uscite pomeridiane e serali		
“HandyAmo fuori per il weekend” - weekend fuori casa		
“HandyAmo in vacanza” - periodi medio-brevi di vacanza		

**Di essere interessato a partecipare alla sperimentazione dell’azione “HandyAmo a convivere” - co-housing con livelli medio-bassi di supporto, quando sarà attivata e previa valutazione da parte dell’UVM**

**SI  NO**

**Che con la partecipazione al progetto si intendono raggiungere i seguenti risultati e/o obiettivi di mantenimento, di cambiamento e/o di miglioramento, che andranno a costituire a tutti gli effetti il Progetto Assistenziale Personalizzato che sarà valutato dall’UVM insieme alle informazioni contenute nella presente domanda:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DICHIARA INFINE

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura (vedi all. A)

### **Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_