



## CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

### 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” DOMANDA PER GLI INTERVENTI AREA A - GESTIONALI ALLEGATO A)

(modulo da compilare in stampatello)

Alla cortese attenzione  
**Dott.ssa Eleonora COLA**  
**Responsabile dell'UFFICIO DI PIANO**  
Settore Socio Educativo  
Comune di Sesto San Giovanni  
piazza della Resistenza, 20  
20099 – Sesto San Giovanni

#### DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a .....

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

Residente a..... in Via/le/P.za ..... n .....

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

Email .....

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..... in Via/Ie/P.za ..... n .....  
Telefono.....Cellulare.....  
Email .....  
Codice fiscale.....

## RELATIVO A

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

**A - ☐ Accompagnamento all'autonomia** ed emancipazione dal contesto familiare

**B - ☐ Supporto alla Residenzialità** (Gruppo appartamento o Cohousing/housing)

**C - ☐ Ricovero di pronto intervento/sollievo**

Segnala, 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



## CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

### 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 di \_\_\_\_\_

☐ è in possesso di certificazione di disabilità grave riconosciuta 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.);

☐ il nucleo familiare è composto da:

- madre

nome e cognome .....

data di nascita .....

- padre

nome e cognome .....

data di nascita .....

- fratelli/sorelle

1) nome e cognome .....

data di nascita .....

2) nome e cognome .....

data di nascita .....

3) nome e cognome .....

data di nascita .....

- altri componenti

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

☐ oltre al beneficiario, all'interno del nucleo familiare è presente un altro componente in condizione di disabilità?

SI

NO

Se sì, indicare il grado di parentela .....

☐ la persona che principalmente si occupa del beneficiario è

.....

☐ la persona si avvale del supporto di un assistente familiare?

SI

NO

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

☐ la persona frequenta in modo sistematico e continuativo uno dei seguenti Servizi?

Se sì, è inserito in:

☐ CDD (Centro Diurno Disabili) in Classe SIDi.....;

☐ CSE (Centro Socio educativo)

☐ SFA (Servizio Formazione all'autonomia)

☐ frequenta attività laboratoriali diurne con frequenza settimanale minima di 10 ore;

☐ frequenta percorsi di tirocinio in ambiente lavorativo.

indicare la denominazione del servizio nel quale la persona è inserita:

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



## CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

☐ la persona frequenta/è in contatto con associazioni o con altre realtà aggregative per il tempo libero?

.....  
.....

☐ la persona ha già realizzato esperienze precedenti lontano dalla famiglia di origine

SI

NO

Se sì, quali:

- Vacanze e/o week-end
- Periodi - anche brevi - trascorsi in alloggi palestra/appartamenti per l'autonomia
- Altro .....

.....

☐ la persona usufruisce di uno o più dei seguenti buoni/misure?

- Buono Misura B1 FNA
- Buono Caregiver Familiare B2 FNA
- Buono Vita Indipendente B2 FNA
- Buono Progetto sperimentale di Vita Indipendente (PRO.VI.)
- Misura Reddito di Autonomia

☐ la persona usufruisce di uno o più dei seguenti servizi?

- SAD
- ADI
- altro .....

**FORNISCE LE SEGUENTI ULTERIORI INFORMAZIONI FACOLTATIVE**

*(Specificare brevemente)*

➤ Le aspettative legate al percorso sono:

---

---

---

➤ le attività/esperienze che vorrebbe realizzare sono:

---

---

---

Sesto San Giovanni, .....

In fede  
Il richiedente

.....

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679, il Comune di Sesto San Giovanni fornisce le seguenti informazioni sull'utilizzo dei dati personali il cui trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza al fine di tutelare la riservatezza e i diritti degli interessati. Il trattamento dei dati personali raccolti ha la finalità di procedere all'ottenimento del beneficio di cui all'istanza del richiedente, verrà effettuato tramite mezzi cartacei ed informatici. La comunicazione dei dati è necessaria alla corretta conclusione dell'iter amministrativo. I dati verranno comunicati agli enti di competenza per i relativi adempimenti d'ufficio previsti dalla vigente normativa in materia.

Si informa inoltre che il Titolare del trattamento è il Comune di Sesto San Giovanni, rappresentato dal Sindaco pro tempore Roberto Di Stefano, sede in Piazza della Resistenza 5/20 – 20099 Sesto San Giovanni (MI). Al Titolare del trattamento e/o al responsabile del trattamento gli interessati potranno rivolgersi per far valere i loro diritti così come previsti dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679 (artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22).

Contatti:

Titolare del trattamento: [privacy@sestosg.net](mailto:privacy@sestosg.net)

Responsabile della Protezione Dati: [rpd@sestosg.net](mailto:rpd@sestosg.net)

In fede  
Il richiedente

.....



## CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

### 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.
- ☐ 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

#### **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).

#### **VESTIRSI - 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.





## CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

### **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*).

Nome e Cognome del compilatore: .....

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

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

☐ no

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

.....