

Allegato all'Avviso A2

**Sezione 1: Domanda di ammissione - Progetto personale
per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità**

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____	residente in _____
_____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____	Via / P.zza _____
domiciliato _____ n.° _____ CAP _____	presso _____
_____ CAP _____ tel. _____	cell. _____
Indirizzo _____	email _____
Codice Fiscale _____	
Stato _____	civile ¹
Cittadinanza ² :	
<input type="checkbox"/> cittadino italiano;	
<input type="checkbox"/> cittadino comunitario;	
<input type="checkbox"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;	
<input type="checkbox"/> cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;	
<input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;	
<input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;	

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____	Nome _____
Grado _____ di _____ parentela _____	specificare _____
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____	
nato/a il _____ a _____	Prov. _____
e residente in _____	Comune afferente la Zona sociale n. _____
_____ Via / P.zza _____ n.° _____	
CAP _____ tel. _____	Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____	

Vista la Deliberazione n. _____ del _____ di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente" e la DGC n. _____ del _____ con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

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 degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del 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

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle équipes multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/proseguimento del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						

II°						
III°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ___/___/___ da _____ . Con verbale n. _____ .

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre _____ patologie _____ presenti
 Cognome _____ e Nome _____ del medico _____ curante
 Cognome _____ e Nome _____ dello specialista _____ di riferimento

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di	possedere	un	ISEE	del	valore	di:	€
							(all.1)

DICHIARA INFINE

- di godere dei diritti civili e politici. (*I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria.*)
- di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020;

- di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 con scadenza il _____.
- di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020.
- di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 prima del termine di scadenza previsto in data _____.
- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune _____ in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____ _____	
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____	
Data _____	Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)
_____	Firma _____

Sezione 2): Formulario di progetto personale per la "vita indipendente"

Il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____
_____ in qualità di persona con disabilità o il/la	
sottoscritto/a	Nome _____
_____ in qualità di legale rappresentante della	
persona con disabilità (nome _____ cognome _____)	

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la "vita indipendente"**:

- I. **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) **e indicazione in mesi della durata del progetto:**

II. **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
SI NO
- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):
SI NO
- Esistenza di un progetto di "*vita indipendente*" in corso (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):
SI NO
- Svolgimento di un lavoro SI NO

Se SI, quale _____
Specificare tipologia contratto _____

- Frequenza di un corso di studio SI NO

Se SI, quale _____
Presso _____

- Possesso di patente di guida SI
NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

Se NO, indicare il mezzo con il quale si sposta _____

- beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari SI NO

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

- Presenza di un assistente personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la "vita indipendente".

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

III. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

IV. **Necessità della persona:**

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente³:

SI NO

Generalità dell'assistente personale (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____
Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____ tel. _____ Codice _____ Fiscale _____

- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "vita indipendente"⁴:
SI
NO

Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____
Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____ tel. _____ Codice _____ Fiscale _____

- Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (specificare a parte le attività previste per

³ Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.

⁴ Il parente a cui ci si riferisce può essere lo stesso familiare assunto con contratto di lavoro per il periodo successivo ai tre mesi di vigenza del contratto oppure un altro parente diverso da quest'ultimo.

l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto):

- attività di mobilità personale:

- attività di cura della persona:

- attività lavorative:

- attività scolastiche, universitarie e formative:

- attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:

- attività di comunicazione:

- Altro, specificare:

▪ Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la "vita indipendente":

Stato _____ Città _____ Via/P.zza _____

vani n. _____

Breve descrizione _____

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____
- Altro,
specificare _____

Presenza servizi igienici adeguati SI NO

Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI
NO

Presenza di barriere SI
NO

Se SI, specificare:

Esterne

Interne

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

V. Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

- Assistente personale⁵:

Stipendio € _____

Contributi € _____

Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____

⁵ A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Canone di locazione di unità immobiliare</u>⁶(totale): € _____• <u>Ausili tecnologici all'autonomia personale</u>⁷ (totale): € _____• <u>Totale FSE +</u> : € _____• <u>Altri costi totale (specificare)</u>⁸: € _____ |
|---|

⁶ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **40%** del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

⁷ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **30%** del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

⁸ Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la *vita Indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche.

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c. 3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

<p>Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____</p> <p>_____</p> <p>Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)</p> <p style="text-align: right;">_____</p>

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona con disabilità.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).