



www.regione.umbria.it/sociale

Allegato all'Avviso A2

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

CUP I19I17000110009 ZONA SOCIALE n. 9

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____ a _____	Prov. _____ residente in _____
_____ Comune _____	afferre la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza _____
_____ n.° _____	CAP _____ domiciliato presso _____
_____ CAP _____	tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____	
Codice Fiscale _____	
Stato civile ¹ _____	
Cittadinanza ² :	
<ul style="list-style-type: none"> • cittadino italiano; • cittadino comunitario; • familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____; • cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____ 	

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.



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/sociale

_____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;
• titolare di <i>status</i> di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____;
• titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;

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.





www.regione.umbria.it/sociale

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 _____ n. _____
 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:



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/sociale

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.



www.regione.umbria.it/sociale

Data _____

Firma _____



www.regione.umbria.it/sociale

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 _____ Cognome _____
 _____ in qualità di legale rappresentante della persona con
 disabilità (nome _____ cognome _____)

DICHIARA

di voler realizzare proseguire [barrare la voce che interessa] il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

I. **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** connessi a salute, relazione affettive e di cura,





INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/sociale

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 _____;





www.regione.umbria.it/sociale

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente 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):

www.regione.umbria.it/sociale

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):

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.



INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

www.regione.umbria.it/sociale

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____
CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____
<ul style="list-style-type: none">▪ Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (<i>specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto</i>):
- attività di mobilità personale: _____

- attività di cura della persona: _____

- attività lavorative: _____



www.regione.umbria.it/sociale

- 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



www.regione.umbria.it/sociale

INOLTRE DICHIARA:

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente personale**, laddove previsto;
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale**, nel rispetto della normativa, laddove previsto;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di "*vita indipendente*";

INFINE SI IMPEGNA A:

- rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____

Firma _____

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

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.



www.regione.umbria.it/sociale

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).

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) _____

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).