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 _____ n.° _____

CAP_____domiciliatopresso_____CAP_____

tel._____cell._____email

_____

CodiceFiscale_____

Statocivile[1]_____

Cittadinanza[2]:

- ☐ 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 _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data _____;
- ☐ titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)*

  _____
  ;

[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.

☐ titolare di *status* di protezione sussidiaria _____;

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'
(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 DGC n. 85 del 13/03/2024 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "*vita indipendente*" e la Determina Dirigenziale 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 dichiarazione 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_____ Cognome _____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 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):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

IV. **Necessità della persona**:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente[3]:

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 _____

[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.

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 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 personale[5]:
  Stipendio € _____
  Contributi € _____
  Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____
  Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) €_____

- Canone di locazione di unità immobiliare[6] (totale): € _____
- Ausili tecnologici all'autonomia personale[7] (totale): € _____
- Totale FSE + : € _____
- Altri costi totale (specificare)[8]: € _____

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 disabilita, 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).

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).

ELISA
GRANOCCHIA
27.03.2024
12:38:19
GMT+00:00