

*Allegato all'avviso A3*

**Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità in  
co-housing**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**PRESENTANO**

**le seguenti domande di ammissione e relativi progetti personali per la "vita indipendente" in co-housing:**  
(n.d.r. Ciascuna persona con disabilità che intenda realizzare il progetto di "vita indipendente" in co-housing deve compilare e sottoscrivere la propria domanda di ammissione e il formulario di progetto sulla base della presente modulistica e presentarla congiuntamente secondo le modalità previste dall'Avviso.)

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

**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 _____ domiciliato |

presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_ civile<sup>1</sup>

Cittadinanza<sup>2</sup>:

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*) \_\_\_\_\_;  
titolare di *status* 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 / \_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> 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.

|                                                                                                                                                                                 |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 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 DGR n. 1058 del 22-10-2025 DI approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente".

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/prosecuzione 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'

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>di essere in possesso di <b>attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104</b> rilasciata in data ____/____/____ da _____.</p> <p>Con _____ verbale n. _____.</p> <p>In particolare, di presentare una <b>minorazione</b>:</p> <p>_____ fisica _____</p> <p>_____ psichica _____</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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, PRINA, PR FSE+21-27, FSC

di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020, PRINA, PR FSE+21-27, FSC con scadenza il \_\_\_\_\_ a valere su (indicare fonte di finanziamento) \_\_\_\_\_

di avere svolto e terminato in data \_\_\_\_\_ un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 PRINA, PR FSE+21-27, FSC (indicare fonte di finanziamento) \_\_\_\_\_

di aver interrotto/rinunciato in data \_\_\_\_\_ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020, PRINA, PR FSE+21-27, FSC prima del termine di scadenza previsto in data \_\_\_\_\_ a valere su (indicare fonte di finanziamento) \_\_\_\_\_

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 di Perugia 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 persona fisica 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<br>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): Formulário di progetto personale per la “vita indipendente” in co-housing

|                                                                   |               |
|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| 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 abitudinariamente 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<sup>3</sup>:  
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"<sup>4</sup>:  
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 \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.



- 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<sup>5</sup>:

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<sup>6</sup>

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

<sup>6</sup> 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,

- ✓ totale: € \_\_\_\_\_
- ✓ quota di pertinenza: € \_\_\_\_\_
- Ausili tecnologici all'autonomia personale<sup>7</sup> (totale): € \_\_\_\_\_
  - Totale FSE + : € \_\_\_\_\_
  - Altri costi totale (specificare)<sup>8</sup>: € \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**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).**

imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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 ai punti 5 e 16 della "Linea guida in materia di vita indipendente della persona con disabilità" nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

|                                                                                                                |     |          |    |   |                                                   |         |    |          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|----|---|---------------------------------------------------|---------|----|----------|-----------|
| Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del<br>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 accertamento di riconoscimento disabilità (Legge 104/92 art.3 c.3).
- 4) copia del documento di identità della persona con disabilità.
- 5) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 6) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).