



Allegato B) dell'Avviso

Domanda di ammissione - Progetto personale

per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità –

ABITARE IN AUTONOMIA (Co-housing)

DOMOTICA

MOBILITÀ

INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE

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

ABITARE IN AUTONOMIA (Co-housing)

DOMOTICA

MOBILITÀ

INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE



QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ’

Cognome _____	Nome _____	
nato/a il _____ a _____	Prov. _____	residente in _____
Comune afferente la Zona Sociale n. _____	n.º _____ CAP _____	Via / P.zza _____
presso _____	CAP _____	tel. _____ cell. _____
Indirizzo _____	email _____	
Codice Fiscale _____		
Stato _____	civile ¹	
Cittadinanza²:		
<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 o protezione sussidiaria (<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 umanitaria _____;		

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ’

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____	Nome _____		
Eventuale _____	Grado _____	di _____	parentela _____

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

²Italiana; 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.



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.º _____

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, alla realizzazione 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 DISABILITÀ'



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

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di	possedere	un	ISSE	socio-sanitario	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.*)
- In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell' del D. Lgs. 101/2018 circa il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati acquisiti nell'ambito del procedimento avverrà in conformità alle norme del Decreto Legislativo n. 101/2018.

Il comune di Marsciano capofila della Zona Sociale n.4 e i Comuni di Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Marta, Monte Castello di Vibio, San Venanzo e Todi, costituenti la Zona Sociale n.4 sono Titolari del trattamento dei dati gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

I Responsabili del trattamento sono il Responsabile del Coordinamento delle attività della Zona Sociale n.4, e i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni della Zona Sociale n.4. Il personale impiegato nel percorso del Progetto "vita Indipendente", nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del 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*” in *co-housing*

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nome _____ in qualità di persona con disabilità o il/la sottoscritto/a

Cognome _____

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
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.

- I. **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):

- II. **Necessità della persona:**

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

SI NO

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

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

CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

- Assunzione con contratto di lavoro di un familiare⁴:

SI NO

Generalità del familiare (se conoscete al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela (qualora esistente) _____
specificare _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

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

CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "vita indipendente"⁵:

SI NO

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

³Tra 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.

⁴Il ricorso a familiari, in fase di avvio del progetto per la "vita indipendente", è autorizzato dai Servizi territorialmente competenti solo in via del tutto eccezionale e transitoria, per un massimo di tre mesi e, la relativa spesa, non si configura quale spesa ammissibile per il Fondo Sociale Europeo.

⁵Il 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.



Cognome _____	Nome _____		
nato/a il _____	a _____ Prov. _____		
e residente in _____	Via / P.zza _____ n.º _____		
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 (<i>specificare a parte le attività previste per l’assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto</i>):			
a) attività	di	mobilità	personale:

b) attività di cura della persona:			

c) attività lavorative:			

d) attività scolastiche, universitarie e formative:			

e) attività per il tempo libero e l’inclusione sociale:			

f) attività di comunicazione:			

g) Altro, specificare:			

■ Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la “ <i>vita indipendente</i> ”:			
Stato _____	Città _____	Via/P.zza _____	
vani n. _____		Breve descrizione _____	
<input type="checkbox"/> Di proprietà (o con mutuo)			
<input type="checkbox"/> 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) _____

I. Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

- **Canone di locazione di unità immobiliare**
 - ✓ totale: € _____
 - ✓ quota di pertinenza: € _____
- **Domotica/Ausili tecnologici all'autonomia personale**
 - ✓ totale: € _____
 - ✓ quota di pertinenza: € _____
- **Mobilità**
 - ✓ totale: € _____
 - ✓ quota di pertinenza: € _____
- **Inclusione sociale e relazionale**
 - ✓ totale: € _____
 - ✓ quota di pertinenza: € _____
- **Altri costi totale (specificare): € _____**

INOLTRE DICHIARA:

- h) di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- i) di individuare in piena autonomia l'assistente personale, laddove previsto;**
- j) 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;**
- k) di rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia, se previsti nel progetto di vita indipendente.**

INFINE SI IMPEGANA A:

- I) 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).

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 socio-sanitaria 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 in corso di validità
- 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) in corso di validità