

Allegato A2) dell'Avviso

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

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ’

Cognome _____	Nome _____		
nato/a il _____	a _____	Prov. _____	residente in _____
Comune afferente la Zona Sociale n._____		Via / P.zza	
		n.º _____	CAP _____
presso _____	CAP _____	tel. _____	cell. _____
Indirizzo email _____			
Codice Fiscale _____			
Stato civile 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 <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;			
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.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 Delibera di Giunta Regionale Regione Umbria n. 984 del 20.10.2021 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente" e la Determinazione del Responsabile n.711 del 29.07.2024 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 in data ____/____/____ da n. _____ Con verbale _____.

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.*)

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 di Marsciano, 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 vigente³:

SI NO

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.

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.º _____
CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

Generalità del familiare (se conosciute 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": 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.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 (*specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto*):

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 “*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 personale⁴:

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 e utenze⁵ (totale): € _____

- Attività d'inclusione sociale e relazionale⁶ (totale): € _____

- Ausili tecnologici all'autonomia personale⁷ (totale): € _____

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 IMPEGNA A:

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

⁴ A copertura dei costi sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

⁵ E' previsto un rimborso fino ad un massimo di € 5.000,00, le quote assegnate saranno riparametrati proporzionalmente in base alle domande valutate ammissibili. La voce comprende i 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. Sono altresì ammessi i costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche e idriche).

⁶ E' previsto un rimborso fino ad un massimo di € 4.000,00, le quote assegnate saranno riparametrati proporzionalmente in base alle domande valutate ammissibili. La voce comprende i costi relativi alle attività d'inclusione sociale e relazionale.

⁷ E' previsto un rimborso fino ad un massimo di € 3.000,00, le quote assegnate saranno riparametrati proporzionalmente in base alle domande valutate ammissibili. 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.

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.



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, 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).