

## Allegato A3) dell'Avviso

### 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 DISABILITÀ<sup>1</sup>

|  |  |
|--|--|
| Cognome  | Nome   |
| nato/a il _____ a _____ Comune afferente la Zona Sociale n._____ n.º _____ CAP _____   | Prov. _____ residente in Via / P.zza _____ 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 <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 _____;   |  |

## QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ<sup>1</sup>

(da compilare solo se necessario)

|               |            |
|---------------|------------|
| Cognome _____ | Nome _____ |
|---------------|------------|

<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.

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 **\_\_\_\_\_**. 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*).

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 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*” 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 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<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 “*sviluppo 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.° \_\_\_\_\_  
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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<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.

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 “*vida 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>4</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>5</sup>

✓ totale: € \_\_\_\_\_

✓ quota di pertinenza: € \_\_\_\_\_

- Ausili tecnologici all'autonomia personale<sup>6</sup> (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 IMPEGANA A:**

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

<sup>5</sup> E' previsto un rimborso, le quote saranno assegnate in base alla progettualità richiesta e al contributo massimo previsto. 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).

<sup>6</sup> E' previsto un rimborso, le quote saranno assegnate in base alla progettualità richiesta e al contributo massimo previsto. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità.

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.

**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.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).