



## Allegato A) dell'Avviso

### Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale

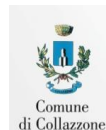
### per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità-VIVERE IN AUTONOMIA

#### 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> :	<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 ( <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 sussidiaria _____;		

<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.



Comune di Collazzone

Comune di Deruta

Comune di Fratta Todina

Comune di Marsciano

Comune di Massa Martana

Comune di Monte Castello di Vibio

Comune di San Venanzo

Comune di Todi

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'**

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____	Nome _____
Eventuale specificare _____	Grado _____ di _____ parentela _____
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 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 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 con verbale n. \_\_\_\_\_ del (data definizione) dat \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
 I

**QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE**

Di \_\_\_\_\_ possedere un **ISEE 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 o dello status di protezione umanitaria.)*
- In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi del D. Lgs. 101/2018 circa il trattamento dei dati personali 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 dei dati 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).**



Comune di Collazzone

Comune di Deruta

Comune di Fratta Todina

Comune di Marsciano

Comune di Massa Martana

Comune di Monte Castello di Vibio

Comune di San Venanzo

Comune di Todi

**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 beneficiario o il/la sottoscritto/a  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante (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:**



Comune di Collazzone

Comune di Deruta

Comune di Fratta Todina

Comune di Marsciano

Comune di Massa Martana

Comune di Monte Castello di Vibio

Comune di San Venanzo

Comune di Todi

- 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
- 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 attività lavorativa 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 quale 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 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 \_\_\_\_\_

- Assunzione con contratto di lavoro di un familiare<sup>4</sup>:

SI    NO

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Eventuale Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

<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 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.



\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_ Fiscale \_\_\_\_\_

---

Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di “vita indipendente”<sup>5</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 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a) attività scolastiche, universitarie e formative: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

c) attività di comunicazione: \_\_\_\_\_

<sup>5</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.



d) 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 mensile 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:**

- Assistente personale:

Stipendio € \_\_\_\_\_

Contributi € \_\_\_\_\_

Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € \_\_\_\_\_

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € \_\_\_\_\_





**INOLTRE DICHIARA:**

- a) di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- b) di **individuare in piena autonomia l'assistente personale**, laddove previsto;
- c) 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;
- d) di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di "vita indipendente";

**INFINE SI IMPEGNA A:**

- e) 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