



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

Allegato A) 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 DISABILITA'

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____

Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via _____

/P.zz. _____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____

Indirizzo email _____

Codice Fiscale _____

Stato civile¹ _____

Cittadinanza²:

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 _____;

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 DISABILITA' (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.° _____

CAP _____ tel. _____

Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Viste le DGR n.81 e n.88 del 01/02/2018 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "Vita indipendente" per gli anni 2015 e 2016 e la Determinazione del Responsabile della Zona Sociale n.4 n.159 del 29/03/2022 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 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 ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) 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

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune capofila di Marsciano della Zona Sociale n. 4 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali. Il Responsabile del trattamento è il Dirigente dell'Area Socio-Educativa e Zona Sociale n.4 Dott.ssa Alessia Screpanti 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”

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

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 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.



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

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):

III.

—

IV. **Necessità della persona:**

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

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 _____

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.



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

- Assunzione con contratto di lavoro di un familiare⁴: SI NO

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.° _____
 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 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: _____

⁴ 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.

⁵ 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.



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

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 _____



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

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 personale⁶:

Stipendio € _____

Contributi € _____

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

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____

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:

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

Data, _____

Firma _____

⁶ A copertura dei costi sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.



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).