



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.zza _____

_____ 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 _____;

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

(DA COMPILARE SOLO SE NECESSARIO)

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.



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):

Vista la DGR n. 1268 del 18/12/20219 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "Vita indipendente" e la Determinazione del Responsabile della Zona Sociale n.4 n. del 369 del 08/07/2021 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



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 del Servizio Dott.ssa Cinzia Stefanangeli. 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:**



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

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),



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

- 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”.

NO

SI

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. _____

V. Necessità della persona:

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

NO

SI

Generalità dell’assistente personale (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

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

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 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 _____

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

- 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) _____

VI. 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) € _____
- Canone di locazione di unità immobiliare⁷ (totale): € _____
- Ausili tecnologici all'autonomia personale⁸ (totale): € _____
- Totale FSE : € _____

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

⁷ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 40% del contributo concesso. La voce comprende i soli 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. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

⁸ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 30% del contributo concesso. 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.



- Altri costi totale (specificare)⁹: € _____

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 _____

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).

⁹ Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la *vita Indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche. Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c. 3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.



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

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).