

**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 _____
Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____
Codice Fiscale _____
Stato civile ¹ _____
Cittadinanza ² :
<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 _____

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.



- _____;
- 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 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.° _____ 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



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/proseguimento 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 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 _____

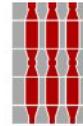
QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

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.)*

- **di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020;**
- **di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 con scadenza il _____.**
- **di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020.**
- **di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 prima del termine di scadenza previsto in data _____.**

[n.d.r. da inserire nel fac simile solo ove ricorra la fattispecie e cioè che il Comune ha optato per la riserva].

in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune _____ 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 _____



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

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 proseguire [*barrare la voce che interessa*] il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

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**:



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.

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):

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 _____

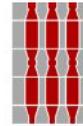
nato/a il _____ a _____ Prov. _____

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.



FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

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”⁴: 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*):

attività di mobilità personale: _____

attività di cura della persona:

attività lavorative:

⁴Il 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 Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

attività scolastiche, universitarie e formative:

attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:

attività di comunicazione:

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) _____

Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

Assistente personale⁵:

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 immobiliare⁶ (totale): € _____

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

Totale : € _____

Altri costi totale (specificare)⁸: € _____

INOLTRE DICHIARA:

⁵ A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

⁶ 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.

⁷ 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.

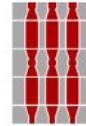
⁸ Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la *vita Indipendente* 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.



FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

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

INFINE SI IMPEGNA A:

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:

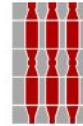
copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

copia del documento di identità della persona con disabilità.

copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.

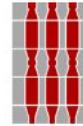
copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

Allegato all'avviso A

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 DISABILITA'

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____

Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____

domiciliato presso _____ n.° _____ CAP _____



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

tel. _____ cell. _____

Indirizzo email _____

Codice Fiscale _____

Stato civile⁹ _____

Cittadinanza¹⁰:

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 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. _____

9 Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

10 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.



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, sulla base della valutazione effettuata da parte delle équipes multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/prosecuzione del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

DICHIARA

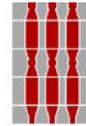
QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/ Lavoro
I°						
II°						
III°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione**Regione Umbria**

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 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).*

**Comune di Foligno**
Capofila Zona Sociale n. 8

di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020;

di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 con scadenza il _____.

di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020.

di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere sul POR FSE 2014-2020 prima del termine di scadenza previsto in data _____.

[n.d.r. da inserire nel fac simile solo ove ricorra la fattispecie e cioè che il Comune ha optato per la riserva].

in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune _____ 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 _____

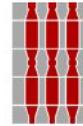
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento

Data _____



FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

esteso)

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per

Firma _____



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

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 _____
_____ in qualità di legale rappresentante della persona	
con disabilità (nome _____ cognome _____)	

DICHIARA

di voler realizzare proseguire [barrare la voce che interessa] il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

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**:

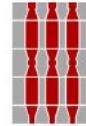
Condizione attuale:

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 _____

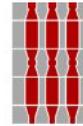
beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari SI NO
 Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi
 economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza
 domiciliare),

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.

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):





Necessità della persona:

Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente¹¹:

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 "vita indipendente"¹²: _____ SI

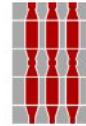
¹¹ Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.

¹² 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.



FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

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*):

attività di mobilità personale: _____

attività di cura della persona:

attività lavorative:

attività scolastiche, universitarie e formative:

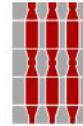
attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

attività di comunicazione:

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 _____



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto

SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

Assistente personale¹³:

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 immobiliare¹⁴ _____

totale: € _____

quota di pertinenza: € _____

Ausili tecnologici all'autonomia personale¹⁵ (totale): € _____

Totale : € _____

Altri costi totale (specificare)¹⁶: € _____

INOLTRE DICHIARA:

di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**

13 A copertura dei costi sostenuti (compenso e oneri contributivi) per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

14 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.

15 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.

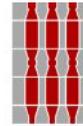
16 Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la vita *Indipendente* 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 ai punti 5 e 16 della "Linea guida in materia di vita indipendente della persona con disabilità" nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.



FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

di **individuare in piena autonomia l'assistente personale**, laddove previsto;
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;
di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *vita indipendente*.

INFINE SI IMPEGANA A:

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:

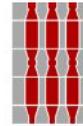
copia della certificazione ISEE in corso di validità;
documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

copia del documento di identità della persona con disabilità.

copia del permesso di soggiorno o del cedolino.

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



Comune di Foligno
Capofila Zona Sociale n. 8