



## DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

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

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

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_

Vedi note

### NOTE:

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

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno n ..... rilasciato alla Questura di ..... con scadenza il ..... o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data ..... /Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) .....

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 dell'art.76 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**

di poter partecipare all'intervento "Indipendenza e Autonomia-InAut".

A tale scopo

### **DICHIARA**

### **QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92    **(SI)**    **(NO)**    (barrare) – di cui si allega documentazione
- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100%    **(SI)**    **(NO)**    (barrare) – di cui si allega documentazione

Diagnosi principale.....  
.....  
.....

*(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)*

Altre patologie presenti .....  
.....  
.....

*(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)*

Medico di medicina generale ..... (cognome e nome)

*(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)*

Specialista di riferimento ..... (cognome e nome)

*(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)*

**QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE** (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone ..... di cui con disabilità .....

**QUADRO D – LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE REGIONALE**

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di Vita Indipendente di cui alla DGRT 1329/2015 e seguenti **(NO)** (barrare)

**(SI)** a far data dal .....

**RICHIEDE**

**un contributo per il sostegno al proprio Progetto di Vita Indipendente**

**QUADRO E – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

- supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- accompagnamento per attività associative o di volontariato
- altro (specificare) .....

**(È possibile barrare uno o più obiettivi)**

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: .....

Specificare nome e sede attività .....

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

Età ..... con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza .....

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio: .....

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza .....

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing o co-housing .....

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio: .....

Durata: ..... (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede: .....

Altro da specificare:

.....  
.....

.....  
.....  
.....

**QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo .....  
(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

**QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO**

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto)

CON RIFERIMENTO ALL’OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

Assistente personale

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

Housing, Co-housing, altre forme di abitare sociale

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

Trasporto

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL’OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

Assistente personale

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

Housing, Co-housing, altre forme di abitare sociale

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

Trasporto

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

Assistente personale

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

Housing, Co-housing, altre forme di abitare sociale

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

Trasporto

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

*La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.*

#### **QUADRO F – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

contributo per progetto vita indipendente

contributo disabilità gravissime

contributo SLA

contributo Home Care Premium

contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo

altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o un caregiver familiare (specificare .....) )

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di Noi), limitatamente ai servizi di tipo residenziale rientranti nell'ambito B di cui alla DGR 753/2017

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale

(SI) (NO) (barrare)

*Si ricorda che l'eventuale erogazione del contributo, nel caso in cui la persona risultasse beneficiaria del contributo per l'intervento InAut, è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione di tali interventi o prestazioni.*



**DICHIARA INFINE**

**QUADRO C - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_  
 Via/P.za. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**OPPURE**

**QUADRO D - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE <sup>1</sup>**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 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)

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.