

CONDIZIONE DI DISABILITÀ

- 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:

- di essere in possesso di S.Va.M.Di .

SI NO

Se SI, rilasciata in data ___/___/___ da _____

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti _____

Cognome e Nome del medico curante _____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____



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.*)
- di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente a valere su fondi regionali, nazionali o con risorse europee;
- di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente avviato in data _____ e con scadenza in data _____.
- di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente su fondi regionali, nazionali o con risorse europee;
- di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente su fondi regionali, nazionali o con risorse europee prima del termine di scadenza previsto in data _____.
- 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 di Assisi 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 _____



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).

IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome e Nome _____ della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) _____

Sezione 2- Formulario di progetto personale per la “vita indipendente”

Il/la sottoscritto/a nome _____ cognome _____
in qualità di persona in condizione di disabilità o il/la sottoscritto/a Nome _____
Cognome _____ in qualità di legale rappresentante della persona con
disabilità (nome _____ cognome _____)

DICHIARA

di voler realizzare il seguente progetto personale per la “vita indipendente”:

- Singolarmente;
- In co-housing.

In caso di progetto in co-housing riportare i nominativi degli altri max 2 richiedenti che presentano la domanda insieme al/la sottoscritto/a: _____

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:

- A. Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
SI NO
- B. 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
- C. 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
- D. Svolgimento di un lavoro
SI NO

Se SI, quale _____
specificare tipologia contratto _____

E. Frequenza di un corso di studio

SI NO

Se SI, quale _____

Presso _____

F. Possesso di patente di guida

SI NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta _____:

G. 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): _____

H. 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:

DATI PER PROGETTO PERSONALIZZATO:

A. prestazioni lavorative di assistente/i personale/i

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 _____

Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale:

- 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: _____

- attività di comunicazione: _____

- Altro, specificare: _____

B. locazione dell'unità immobiliare:

Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la "vita indipendente":

Stato _____ Città _____ Via/P.zza _____

vani n. _____

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____

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.

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 _____

C. Programmi per l'inclusione sociale e relazionale:

(specificare) _____

D. Ausili tecnologici all'autonomia personale:

(specificare) _____

COSTI PREVISI CON RIFERIMENTO ALLE TIPOLOGIE AMMISSIBILI:

A. prestazioni lavorative di assistente/i personale/i:⁴

a. Stipendio € _____

b. Contributi € _____

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

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

B. Locazione di unità immobiliare (spesa totale per intero progetto): € _____

C. Programmi per l'inclusione sociale e relazionale (spesa totale per intero progetto): € _____

D. Ausili tecnologici all'autonomia personale (spesa totale per intero progetto): € _____

TOTALE IMPORTO PER PROGETTO € _____

INOLTRE DICHIARA:

- 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*";

⁴ A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

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 da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome e Nome _____ della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) _____



Allegati:

- 1) copia del documento di identità della persona con disabilità;
- 2) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo;
- 3) copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- 4) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio-sanitari e sanitari;
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata) e relativa copia di nomina;
- 6) copia accertamento di riconoscimento disabilità (Legge 104/92);
- 7) copia certificazione S.Va.M.Di. ;
- 8) altri documenti utili relativi al progetto personalizzato (facoltativi)