



**Modulo per la presentazione della domanda
di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut"**

(D.G.R.T. 814/2020 e D.G.R.T. 1178/2020 "Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente")

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Cognome/Nome _____	
nato/a il ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	a _____ Prov. ____
e residente in _____	
Via/P.zza _____	n _____
CAP _____	Tel. _____
con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____	
Via/P.zza _____	n _____
CAP _____	Tel. _____
Codice Fiscale: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	
Indirizzo di posta elettronica _____	
Stato civile ^{a)} _____	Cittadinanza ^{b)} _____
<i>Vedi note</i>	

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA	
Cognome/Nome _____	
in qualità di (<i>genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.</i>)	
_____ del sotto indicato beneficiario:	
DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Cognome/Nome _____	
nato/a il ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	a _____ Prov. ____

e residente in _____
Via/P.zza _____ n _____
CAP _____ Tel. _____
con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____
Via/P.zza _____ n _____
CAP _____ Tel. _____
Codice Fiscale: _____
Indirizzo di posta elettronica _____
Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____
<u>Vedi note</u>

NOTE:

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

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n rilasciata 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 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 essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% (SI) (NO) (barrare)

- diagnosi principale

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(E' 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 DGR 1329/2015 e ssmmii (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)
.....
.....
.....
.....
.....

(E' 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-cohousing

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, Cohousing, 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, Cohousing, 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, Cohousing, 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 H – 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 care-giver 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.

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:

Data _____

FIRMA _____

Alla presente domanda, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° |__|__| allegati

Tipologia _____

Il/la sottoscritto/a:

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e Dlgs 196/03 (e s.m.i.), ricevuta l' informativa sul trattamento dei miei dati personali:

Dichiara espressamente di aver preso visione dell' informativa sul trattamento dei miei dati personali ed autorizza l'uso degli stessi ed inoltre:

autorizza non autorizza il titolare al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali;

di essere a conoscenza che, ai fini dell' erogazione della prestazione, potrà essere richiesta documentazione integrativa ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni e potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;

di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia;

La mancata autorizzazione al trattamento dei dati particolari, come specificato nell' informativa, non consentirà l' attivazione del servizio.

Data _____ **Firma** _____

Allegare documento di riconoscimento