

Allegato 1

**Al Comune di**

protocollo.coriglianorossano@asmepec.it

**SEZIONE 1 “DOMANDA DI AMMISSIONE- PROGETTO PERSONALE PER LA “VITA INDIPENDENTE” A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA'**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)*  nato/a a prov. il residente nel Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel. domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel. Codice fiscale

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)*  nato/a a prov. il residente nel Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel. domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel. Codice fiscale

□ in qualità di: □ familiare □ tutore (Decreto Tribunale di n. )

* amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di n. )
* altro (specificare)

in favore di: (*cognome)*  *(nome)*

nato/a a prov. il residente nel Comune di

 prov. Via/Piazza n. \_ C.A.P. tel.

domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel.

Codice fiscale

**CHIEDE**

Di accedere a uno o più degli interventi previsti dai Progetti per la Vita Indipendente e di beneficiare del relativo contributo per:

* Assistente personale
* Abitare in autonomia
* Progetti di inclusione sociale e relazionale
* Azioni di sistema

Dichiara:

1. - che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
2. - di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario

**Luogo e data Firma del richiedente**

**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”:***

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**:

1. **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: SI NO
	+ Esistenza di un progetto di “*vita indipendente*” in corso): 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 Sì, 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.

1. **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):
2. **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. e residente in Via / P.zza n.° CAP tel. Codice Fiscale

* + Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell’assistente:
* attività di mobilità personale:
* attività di cura della persona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

* attività lavorative:
* 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)
1. **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 immobiliare (totale): €
	+ Ausili tecnologici all’autonomia personale (totale): €
	+ Totale : €
	+ Altri costi totale (specificare): €

# 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;

5 A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l’assistente personale

* 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. 2 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:**

1. Certificato specialistico di struttura pubblica e/o convenzionata accredita o del Medico di Medicina Generale attestante la patologia con espressa indicazione che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
2. copia verbale INPS relativo allo stato di handicap ai sensi legge 104/92;
3. copia decreto di nomina Tutore o Amministratore di Sostegno qualora in possesso;
4. copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento d’identità anche di quest’ultimo;
5. attestazione ISEE ristretto in corso di validità;
6. autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti;
7. copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo (qualora previsto)

Io Sottoscritto/a Cognome Nome

* + Dichiaro ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall’art. 76 del DPR

n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall’art. 75 del DPR n. 445/2000;

* + Dichiaro di essere consapevole che il Distretto Sanitario di Corigliano-Rossano Jonio Nord/SUD effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazione rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.
	+ Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Luogo e data Firma del richiedente**