



ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

Allegato A) dell'Avviso pubblico

Sezione 1): Domanda di ammissione al progetto personale per la "vita indipendente"

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____
Comune afferente la Zona Sociale 1, Via/P.zza _____ n. ____ CAP _____ domiciliato presso _____ 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 _____;
<input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____;
<input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

(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 _____
Via/P.zza _____ n. ____ CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

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.

ZONA SOCIALE 1



Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

Vista la DGR n. 1079 del 28 settembre 2017 e s.m.i. con la quale è stato approvato la "Linea Guida sulla vita indipendente della persona con disabilità";

Visto il DPCM 21 novembre 2019, recante "Adozione del Piano nazionale per la non auto-sufficienza e riparto del Fondo per le non auto-sufficienze del triennio 2019-2021";

Vista la DCR n. 43 del 25 giugno 2020 con la quale è stato adottato il "Piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2019-2021";

Vista la DGR n. 1119/2020, recante "Atto di programmazione delle risorse finanziarie, relative alle annualità 2019-2020, del FNA di cui al DPCM del 21 novembre 2019 per la parte relativa ai Progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, ai sensi del PRINA 2019-2021. Determinazioni";

Vista la DD n. 12658 del 23/12/2020, recante "(DGR n. 1119/2020). Progettualità in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità, ai sensi del DPCM 21 novembre 2019 e del DCR n. 43 del 25 giugno 2020. Presa atto dei progetti presentati dai Comuni capofila di Zona sociale e approvazione dello schema di Convenzione per la sua attuazione. Determinazioni";

Vista la Convenzione tra la Regione Umbria e il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1, per l'attuazione del Progetto "Vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità", ai sensi del DPCM 21 novembre 2019 e del DCR n. 43 del 25 giugno 2020;

Vista la DGC n. 198 del 07/12/2021 con la quale il Comune di Città di Castello, in qualità di capofila della Zona Sociale 1, ha approvato l'Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di "Progetti personali per la vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità", ai sensi del DPCM 21 novembre 2019 e del DCR n. 43 del 25 giugno 2020.

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 DPR 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 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°						
IV°						



ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

Di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, co. 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 (socio-sanitario) del valore di: € _____ allegato 1)
- Di aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) in data _____ allegato 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).*
- In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

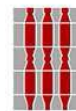
Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati



ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Città di Castello in qualità di titolare e responsabile.

Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto in base all'art. 7 del D.lgs. 196/2003, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Settore Politiche Sociali del Comune capofila, Dott.ssa Giuliana Zerbato.

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 _____	
Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)	
Firma _____	

ZONA SOCIALE 1



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

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

DICHIARA

Di voler realizzare 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):

ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

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

ZONA SOCIALE 1



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. _____
e residente in _____ Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ Codice Fiscale _____

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.

ZONA SOCIALE 1



Assunzione con contratto di lavoro di un familiare⁴:

- SI
 NO

Generalità del familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____ Grado di parentela (qualora esistente) _____
specificare _____, 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”⁵:

- SI
 NO

Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____ Grado di parentela (qualora esistente) _____
specificare _____, 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: _____

⁴ Il ricorso a familiari, in fase di avvio del progetto per la “vita indipendente”, è autorizzato dai Servizi territorialmente competenti solo in via del tutto eccezionale e transitoria, per un massimo di tre mesi e, la relativa spesa, non si configura quale spesa ammissibile per il Fondo Sociale Europeo.

⁵ 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.

ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

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 _____ Comune _____ Via/P.zza _____ n. _____

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:



ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

SI

NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

Assistente personale:

Stipendio € _____

Contributi € _____

Totale busta paga mensile € _____

Durata in mesi del rapporto di lavoro _____

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

Abitare in autonomia:

Canone di locazione di unità immobiliare (totale) € _____

Utenze domestiche (totale) € _____

Inclusione sociale e relazionale:

attività sportive, culturali, socio-ricreative ecc. € _____

attrezzature didattiche, sportive o materiale informatico € _____

Trasporto sociale (totale): € _____

Domotica: Ausili tecnologici all'autonomia personale (totale) € _____

Altri costi (specificare) _____ € _____

Totale € _____

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".

INFINE SI IMPEGNA A:

- rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 co. 2 e co. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

ZONA SOCIALE 1



Città di Castello
Capofila Zona Sociale 1



Regione Umbria

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).

<p>Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____ Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____ Data _____</p> <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)</p> <p style="text-align: right;">_____</p>

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE o della DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica), in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio-sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona con disabilità;
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo;
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).