**Allegato 3A.2) dell’Avviso  
Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità *in  
co-housing***

**NOME COGNOME FIRMA**

**NOME COGNOME FIRMA**

**NOME COGNOME FIRMA**

**PRESENTANO**

**le seguenti domande di ammissione e relativi progetti personali per la “*vita indipendente”* in *co-housing*:**

*(n.d.r. Ciascuna persona con disabilità che intenda realizzare il progetto di “vita indipendente” in co-housing deve compilare e sottoscrivere la propria domanda di ammissione e il formulario di progetto sulla base della presente modulistica e presentarla congiuntamente secondo le modalità previste dall’Avviso.***)**

**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità in  
*co-housing***

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’**

|  |
| --- |
| Cognome Nome  nato/a iil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in  Comune afferente la Zona Sociale n. Via / P.zza  n.° \_\_\_\_\_\_ CAP domiciliato presso  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo email  Codice Fiscale  Stato civile13 Cittadinanza14:  cittadino italiano;  cittadino comunitario;  familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; ;  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 \_\_\_\_\_;  titolare di *status* di rifugiato (*indicare l’ente che ha rilasciato l’attestato, il numero e la data)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;  titolare di *status* di protezione sussidiaria ; |

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

14 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.

**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 Comune afferente la Zona sociale n. Via /  P.zza n.°  CAP tel. Codice Fiscale  Estremi del provvedimento di nomina dell’amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l’atto): |

Vista la Deliberazione di Giunta comunale n° 13/2019 di Approvazione della convenzione con la Regione Umbria per l'attuazione del Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società delle persone con disabilità ai sensi dell'art. 2 e 3 del Decreto direttoriale generale n. 808 del 29 dicembre 2017 e la Determina Dirigenziale n. \_\_\_\_/2020 con la quale è stato pubblicato l’Avviso pubblico di selezione per l’accesso ai benefici concessi con i progetti per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità.

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 D.P.R. 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 |
| **1°** |  |  |  |  |  |  |
| **2°** |  |  |  |  |  |  |
| **3°** |  |  |  |  |  |  |
| **4°** |  |  |  |  |  |  |

**QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA’**

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: 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** 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).*

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 del GDPR 2016/679 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all’intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l’utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all’art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l’aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune di Narni capofila di della Zona Sociale n. 11 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Servizi Finanziari e Servizi Sociali. Il personale impiegato nel percorso del progetto “*vita indipendente*”, nell’ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sezione 2): Formulario di progetto personale per la “*vita indipendente”* in *co‑***  
***housing***

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 il seguente **progetto personale per la “*vita indipendente”:***   1. **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**: 2. **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): 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),

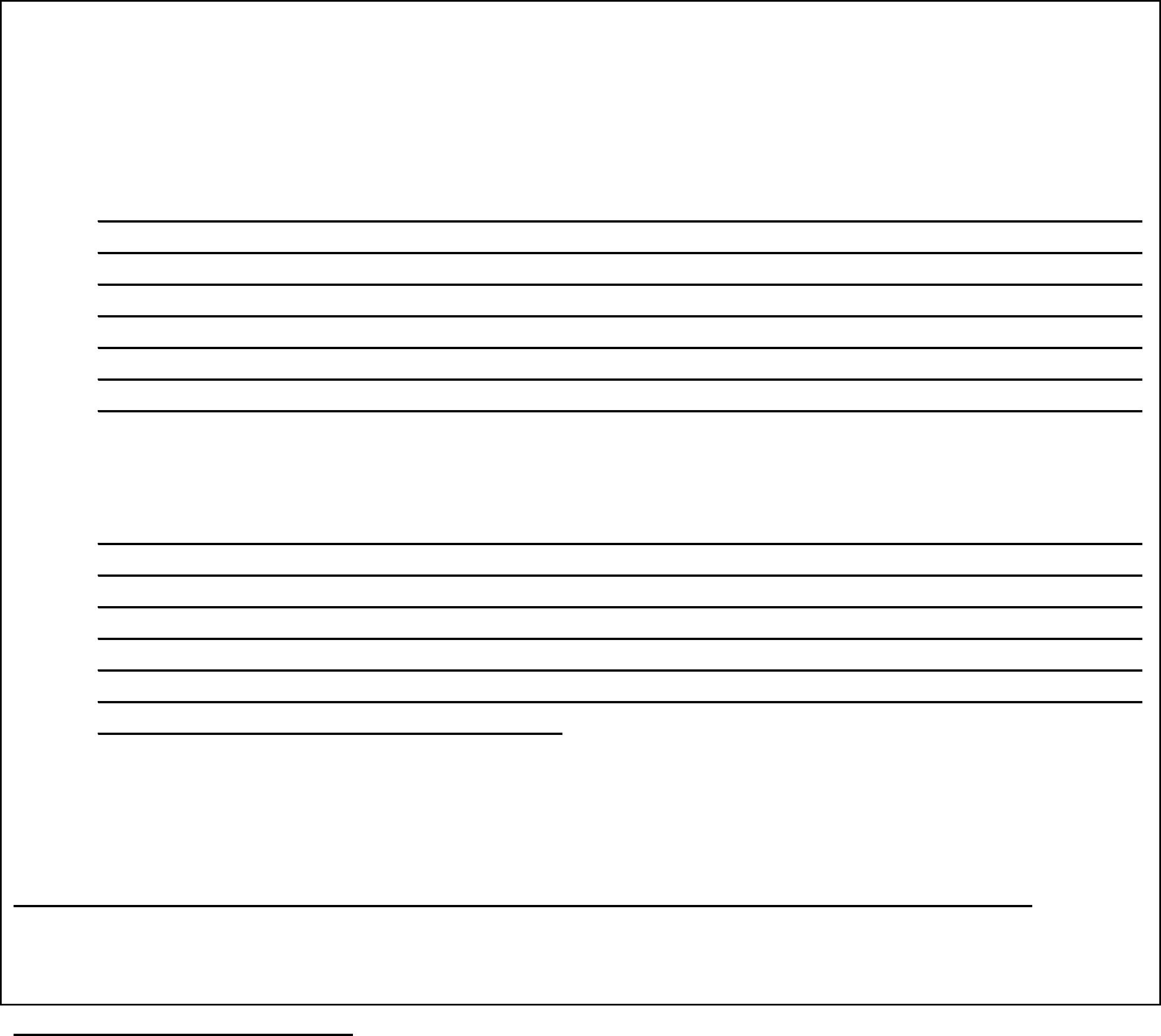
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

◼ 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

Se SI, per un totale di € mensili.

15 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.



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 vigente15:

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  ◼ Assunzione con contratto di lavoro di un familiare16: 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*” 17: SI NO Generalità dell’amico/parente *(se conosciute al momento di presentazione della domanda)*:  Cognome Nome  nato/a il a Prov. |

16 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.

17 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.

|  |
| --- |
| 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:  - 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)

|  |
| --- |
| V. **Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili**:   * Assistente personale18:   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 immobiliare19 * totale: € * quota di pertinenza: € * Ausili tecnologici all’autonomia personale20 (totale): € * Totale FSE : € * Altri costi totale (specificare)21: € |

**INOLTRE DICHIARA:**

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto**;

18 A copertura dei costi sostenuti per l’assistente personale può essere riconosciuto un massimo di **€ 1.000,00** mensili.

19

E’ previsto un rimborso fino ad un massimo del **40%** del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità

immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

20

E’ previsto un rimborso fino ad un massimo del **30%** del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici

nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilita, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

21 Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la *vita Indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche.

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto ai punti 5 e 16 della “*Linea guida in materia di vita indipendente della persona con disabilità*” nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

|  |
| --- |
| - 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 IMPEGANA 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 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. copia del la certificazione ISEE in corso di validità;
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.
5. copia del documento di identità del rappresentante legale (nell’ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).