

**Allegato n. 2 Format progetto Vita Indipendente**

**Format per la presentazione del Progetto di Vita Indipendente  
(PR FSE+ 2021-2027)**

D.G.R.T. ha approvato il progetto “ **AmarV.I.** ” Codice Progetto S.I. RT 316714 CUP J89G24000100006

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

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 <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_

Vedi note

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**

**QUADRO A1 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.*)

\_\_\_\_\_ del sotto indicato destinatario:

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

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 <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_Vedi note**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 potere usufruire, sulla base della valutazione effettuata dalla UVMD, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Toscana "AmarV.I."

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 (barrare)                    **(SI)**        **(NO)**  
- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale (barrare)                    **(SI)**        **(NO)**            se SI: .....%

- diagnosi principale .....

Altre patologie presenti .....

Medico di medicina generale ..... (cognome e nome)

Specialista di riferimento ..... (cognome e nome)

**(È 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/non autosufficienza.....

#### **QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE (*barrare*)**

(riferita all'abitazione nella quale si realizza il progetto)

Disponibilità di un alloggio	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		Usufrutto/ titolo gratuito	Altro .....
Collocazione dell'abitazione	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili
Barriere architettoniche	Assenti	Presenti	Superabili con ausili	Superabili con adeguamenti

#### **QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**

1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo regionale
- contributo per progetto InAut
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare .....)
- 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 per il caregiver familiare (specificare .....

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

3) Frequenza centro diurno: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

4) Assistenza domiciliare diretta: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

5) Trasporto sociale: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

6) Inserimento permanente in una struttura residenziale: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

7) Altro servizio pubblico sociosanitario: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*  
 (specificare .....) )

#### **QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI**

- 1) Attività lavorativa:                    Attuale .....  
     Pregressa .....  
     Altro .....
- 2) Titolo di studio: .....  
 3) Patente di guida:                    **(SI)**      **(NO)**      *(barrare)*

#### **QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE**

Necessita di assistente personale per le seguenti attività di vita quotidiana:

##### **CURA DELLA PERSONA:**

Igiene personale	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
Funzioni fisiologiche	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
Abbigliamento	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
Alimentazione	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
CURA DELLA CASA	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
GESTIONE DEL DENARO	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
ASSUNZIONE MEDICINALI	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
DEAMBULAZIONE	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
SUPERVISIONE DIURNA	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>
SUPERVISIONE NOTTURNA	<b>(SI)</b>	<b>(NO)</b>	<i>(barrare)</i>

Attualmente è già in essere un contratto di lavoro con un assistente personale

**(SI)**      **(NO)**      *(barrare)*

Se SI, per quante ore settimanali: |  
 per un totale di € ..... mensili lordi.

#### **QUADRO H – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ECONOMICA**

- di percepire:

- reddito da lavoro                         *(barrare)*                    **(SI)**      **(NO)**
- reddito da pensione                       *(barrare)*                    **(SI)**      **(NO)**
- invalidità civile                         *(barrare)*                    **(SI)**      **(NO)**
- indennità di accompagnamento *(barrare)*                        **(SI)**      **(NO)**
- altre indennità                         *(barrare)*                        **(SI)**      **(NO)**
- indennità di frequenza                 *(barrare)*                        **(SI)**      **(NO)**
- rendita                                     *(barrare)*                        **(SI)**      **(NO)**

per un totale di euro .....

Per quanto sopra specificato,

**RICHIEDE**

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di Vita Indipendente di seguito descritto**

**QUADRO I – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

(È possibile barrare uno o più obiettivi)

- supporto a percorso lavorativo;
- supporto a percorso formativo;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

**CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:**

**Supporto a percorso lavorativo:**

Data inizio e data fine: .....

Ente e sede: .....

Specificare:

- autonomo, dipendente, pubblico, privato: .....
- determinato, indeterminato: .....
- part time/ full time: ..... (numero ore)

**Supporto a percorso formativo:**

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile: .....

**Sostegno al ruolo genitoriale:**

Numero figli .....

Età ..... con disabilità (SI) (NO) (barrare)

**Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:**

Data avvio: .....

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza .....

Specificare nuova condizione abitativa.....

**Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:**

Data inizio: .....

Durata: ..... (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:.....

**Supporto per lo svolgimento di attività sportive:**

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

Mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria:

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

**QUADRO L – TIPOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA**

CON RIFERIMENTO ALL'OBBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO H, SPECIFICARE:

Assistente personale

Numero assistenti .....  
Numero ore settimanali contrattualizzate .....  
Stima spesa media mensile.....

Fisioterapista

Numero ore settimanali/mensili .....  
Stima spesa media mensile.....

- Trasporto (barrare scelta):

Pubblico ..... stima spesa media mensile.....  
Privato Sociale ..... stima spesa media mensile.....

- Attività sportiva

Numero ore settimanali/mensili .....  
Stima spesa media mensile.....

**Stima spesa media mensile:** .....

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Inoltre, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

n° |\_\_|\_\_| allegati

Tipologia:

.....  
.....

## DICHIARA

### QUADRO M - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### OPPURE

### QUADRO N - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE<sup>1</sup>

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del/la 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.