

## **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.

Indirizzo di posta elettronica

<sup>a)</sup> Stato civile; <sup>b)</sup> Cittadinanza.

---

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

## QUADRO A1 - GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

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

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

\_\_\_\_\_ 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 <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 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 117/2022        **(NO)**    (barrare)

**(SI)**    a far data dal .....

### **QUADRO E**

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

**(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 INDEPENDENTE**

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, co-housing, 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, co-housing, 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, co-housing, 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 F – 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 caregiver 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:**

---

---

---

---

---

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

n° |    |    | allegati

Tipologia \_\_\_\_\_

## DICHIARA INFINE

## **QUADRO C - 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 D - 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 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

**1** Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.