

Allegato B) dell'Avviso

Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
 Comune afferente l'Ambito Socio-Assistenziale n. 2 Via / P.zza \_\_\_\_\_  
 n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ domiciliato presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Stato civile<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza<sup>2</sup>:  
 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/ protezione sussidiaria (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) \_\_\_\_\_;  
 titolare di status di protezione umanitaria \_\_\_\_\_;

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

(da compilare solo se necessario)

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ 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):

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> 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.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**CHIEDE**

in qualità di titolare beneficiario di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere il titolare beneficiario (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, 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°						

**QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'**

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 e art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata con verbale n. \_\_\_\_\_ del (data definizione) data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

**QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE**

Di possedere un ISEE del valore di: € \_\_\_\_\_ (all.1)

**DICHIARA INFINE**

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 Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 La informiamo di quanto segue:  
Il Comune di San Marco Argentano capofila dell' Ambito Socio-Assistenziale n.2 e i Comuni di: Cervicati, Fagnano Castello, Malvito, Mongrassano, Mottafollone, Roggiano Gravina, San Donato di Ninea, San Lorenzo del Vallo, San Sosti, Santa Caterina Albanese, Sant'Agata di Esaro, Spezzano Albanese, Tarsia e Terranova da Sibari costituenti l'Ambito Socio-Assistenziale n.2 sono Titolari del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Sezione 2): Formulario di progetto personale per la "Vita Indipendente"

Il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di  
 titolare beneficiario o il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante del titolare beneficiario  
 (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

### DICHIARA

di voler realizzare 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, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- ASSISTENTE PERSONALE PRESSO IL PROPRIO IL DOMICILIO FAMILIARE
- LABORATORIO DI SPERIMENTAZIONE MANUALE E TECNOLOGICA
- TRASPORTO SOCIALE
- TENNIS DA TAVOLO
- JUDÒ ADATTATTO
- DOMOTICA (AUSILI TECNOLOGICI ALL'AUTONOMIA PERSONALE)

III. **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
- 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 attività lavorativa 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 quale 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.

- IV. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

---

---

- VI. **Necessità della persona:**

---

---

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente<sup>3</sup>:

SI NO

- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "Vita Indipendente"<sup>4</sup>:

Generalità dell'amico/parente (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 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):

a) attività di mobilità personale: \_\_\_\_\_

b) attività di cura della persona: \_\_\_\_\_

c) attività lavorative: \_\_\_\_\_

d) attività scolastiche, universitarie e formative: \_\_\_\_\_

e) attività per il tempo libero e l'inclusione sociale: \_\_\_\_\_

f) attività di comunicazione: \_\_\_\_\_

g) Altro, specificare: \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

- 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 (canone mensile 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) \_\_\_\_\_

#### INOLTRE DICHIARA:

- h) di assumersi personalmente la **responsabilità della realizzazione del progetto**;
- i) di **individuare l'assistente personale**, laddove previsto;
- j) di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di "Vita Indipendente";

#### INFINE SI IMPEGNA A:

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Allegati:

- 1) copia della 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 del titolare beneficiario.
- 4) copia del documento di soggiorno in corso di validità o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui il titolare beneficiario sia rappresentato).