

## **Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personali per la “Vita Indipendente” e di inclusione nella società a favore delle persone con disabilità.**

Finanziato dal DPCM del 03.10.2022 – Fondi annualità 2023

Il Comune di Spoleto, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 9 e in virtù:

- della Convenzione per la gestione associata dei servizi ed interventi di natura socio-assistenziale e socio-sanitaria sottoscritta tra i Comuni di Spoleto, Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi e Giano dell'Umbria;
- della DGR n. 1079 del 28/09/2017 così come successivamente modificata ed integrata con DGR 1420 del 27/11/2017, con la quale è stata approvata la “Linea Guida” in materia di vita indipendente della persona con disabilità da ora in poi ‘Linea guida’;
- l’ accordo di collaborazione vigente per la gestione dei servizi afferenti l’integrazione socio-sanitaria tra il comune capofila di Spoleto e l’azienda USL Umbria n. 2;
- della deliberazione di giunta regionale dell’Umbria n. 1357 del 20.12.2023 “Atto di programmazione delle risorse finanziarie, relative alle annualità 2021 – risorse FNA di cui al DPCM del 21 novembre 2019 e annualità 2022-2023 e 2024 di cui al DPCM 3 ottobre 2022 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024”, relative ai Progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità. Determinazioni.”;
- delle “Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente” di cui al DPCM del 21 novembre 2019 e al DPCM del 3 ottobre 2022;

emana il presente Avviso pubblico di selezione per l’accesso ai benefici concessi per i progetti per la *vita indipendente* a favore delle persone con disabilità.

### **Art. 1 - Finalità ed obiettivi**

- 1) Vita indipendente significa, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere con piena consapevolezza, assumendosi la responsabilità delle proprie scelte nel perseguire, alla pari con gli altri, la propria autonomia possibile. A tale scopo, occorre far sì che le *“persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e che non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione”* e che, inoltre, *“abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l’assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società”*. Il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali sanciti dalla Convenzione ONU mira infatti a garantire alle persone con disabilità pari dignità ed eguaglianza con gli altri attraverso la piena inclusione della persona all’interno della società, la sua centralità e l’accrescimento della consapevolezza (*empowerment*) in relazione alle proprie scelte.
- 2) Il percorso per la vita indipendente è rivolto allo sviluppo progressivo dell’autonomia della persona destinataria dell’intervento; ha natura flessibile ed adattiva in corso di realizzazione, in ragione delle capacità, potenzialità e necessità ed in adesione al principio della massima personalizzazione della risposta.
- 3) Per le persone con disabilità che hanno già intrapreso il percorso di *Vita Indipendente* avere la possibilità di continuare la progettualità, anche senza soluzione di continuità, significa porre le basi per divenire, in futuro, un modello di ‘vita’ strutturato, evitando la regressione dei livelli di autonomia acquisiti.

## Art. 2 – Oggetto dell'intervento, tipologia e durata.

- 1) Il progetto per la “*vita Indipendente*” garantisce l'autodeterminazione, la promozione della massima autonomia possibile e dell'empowerment nelle persone con disabilità attraverso la realizzazione di un percorso assistenziale ad impatto possibilmente decrescente attraverso l'utilizzo di soluzioni personalizzate definite sulla base delle caratteristiche di ogni singolo richiedente. Il progetto, in quanto teso a garantire il pieno sostegno nell'intero percorso di vita per l'inclusione sociale della persona con disabilità, è condiviso con i soggetti istituzionalmente preposti, anche al fine di organizzare i servizi e le prestazioni da attivare in modalità complementare a quelli già attivati.
- 2) Il progetto per la “*vita indipendente*” che verrà approvato nei modi e nei termini stabiliti al successivo art. 5 del presente avviso, e comunque a seguito di valutazione multidimensionale, dovrà definire almeno:
  - a) gli obiettivi da perseguire;
  - b) le attività da svolgere;
  - c) gli interventi e le prestazioni da finanziare, con le risorse di cui al presente avviso, nei limiti di quelle eligibili ed eventualmente con le altre risorse nazionali, regionali o locali. Le azioni dovranno garantire quanto più possibile la “*vita indipendente*” e la piena inclusione sociale delle persone con disabilità.
- 3) Il contributo per la realizzazione del progetto di “*vita indipendente*”, nella misura individuata dal successivo art. 6, è concesso, **anche alternativamente**, per:
  - a) **l'utilizzo delle prestazioni lavorative di assistente/i personale/i sulla base di contratto/i di lavoro stipulati nel rispetto della normativa vigente, ovvero di servizi di supporto all'autonomia personale e alla domiciliarità forniti da soggetti del terzo settore attraverso l'intervento di operatori con adeguata formazione ed esperienza professionale;**
  - b) **Forme dell'abitare in autonomia:** housing e cohousing. Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del “Dopo di noi” di cui alla legge n. 112/2016, e con i progetti a valere sulle risorse del PNRR sostenuti dal su menzionato investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Sono compresi, altresì sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia.
  - c) **Inclusione sociale e relazionale.** In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, poiché i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.
  - d) **Ausili e Domotica.** Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.
- 4) Con riferimento all'assistente personale di cui alla lettera a) del precedente comma 3, la persona con disabilità, prioritariamente, lo sceglie autonomamente ed instaura con esso direttamente

un rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. In tal caso la responsabilità della scelta dell'assistente personale e la gestione del relativo rapporto di lavoro (inclusi gli oneri assicurativi e previdenziali), sono esclusivamente a carico della persona con disabilità. **La persona con disabilità può in alternativa anche utilizzare altre forme giuridiche per usufruire delle prestazioni lavorative da parte dell'assistente personale pur sempre nel rispetto della normativa in materia. In ogni caso fra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio, di parentela o affinità entro il secondo grado (linea diretta e collaterale). La persona con disabilità può decidere di avvalersi di servizi di supporto all'autonomia personale e alla domiciliarità forniti da soggetti del terzo settore attraverso l'intervento di operatori con adeguata formazione ed esperienza professionale**

- 5) Il progetto per la “*vita indipendente*” può essere realizzato in un contesto abitativo singolo o *in co-housing* in piccoli gruppi, di massimo 5 persone.
- 6) Gli ausili tecnologici all'autonomia personale richiesti devono risultare congrui rispetto agli obiettivi, al contenuto e alla realizzazione del progetto di “*vita indipendente*”.
- 7) La durata del progetto per la “*vita indipendente*” non può superare il termine massimo di 12 mesi, decorrenti dalla data di avvio del progetto, così come specificato al successivo art. 6 c. 3 del presente avviso, **ma può avere una durata anche inferiore, come laddove è già in corso un progetto di *vita indipendente*, ma riconosciuto per una durata inferiore, al fine di garantire la durata pari a 12 mesi.**
- 8) Il “*patto per la vita indipendente*”, di cui al successivo art. 5 comma 5, può prevedere la conversione dei servizi ed interventi già in atto e finanziati con risorse diverse da quelle oggetto della presente misura.

### **Art. 3 Destinatari finali e requisiti di accesso.**

- 1) Possono presentare domanda di ammissione per la concessione di contributi per la realizzazione di progetti personali per la “*vita indipendente*” le persone che, alla data di presentazione della stessa, sono in possesso dei seguenti requisiti:
  - a) aver compiuto 18 anni di età e non avere un'età superiore a 64 anni, salvo quanto previsto al successivo comma 2;
  - b) essere:
    - b1. cittadini italiani;
    - b2. cittadini comunitari;
    - b3. familiari extracomunitari di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente;
    - b4. cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata;
  - c) 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;
  - d) essere residente in uno dei Comuni che afferiscono alla Zona sociale N.9 Umbria ( Comuni di Spoleto, Campello sul Clitunno , Castel Ritaldi e Giano dell'Umbria);
  - e) essere in accertata condizione di disabilità *ex art. 3 c. 3 e ex art. 4 della legge 104/92*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Legge 104/1992, Art. 3

1. E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le

f) avere un ISEE d'importo pari o inferiore ad Euro 35.000,00 in corso di validità secondo la normativa vigente.

2) Possono presentare domanda le persone di età inferiore ai 18 anni, e comunque non inferiore a 16 anni, nell'ipotesi in cui il minore abbia avuta riconosciuta dal proprio Istituto scolastico la possibilità di effettuare uno stage formativo/lavorativo al fine di concludere il percorso scolastico. Possono, altresì, presentare domanda coloro che abbiano **un'età superiore a 64 anni qualora abbiano avuto accesso** ad un progetto personale per la "*vita indipendente*", al fine di dargli continuità.

3) **Possono presentare domanda le persone che, in possesso di tutti i requisiti previsti ai precedenti commi, abbiano interrotto il proprio progetto di Vita Indipendente, oppure abbiano un progetto in corso anche al fine di poter garantire la durata massima di 12 mesi così come stabilita dall'art. 2 comma 7**, a prescindere dal fatto che i progetti siano stati finanziati con risorse regionali, nazionali e comunitarie (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo PRINA, POR FSE 14-20, PR FSE+21-27, FSC ecc).

4) Possono presentare domanda anche le persone, in possesso di tutti i requisiti previsti ai precedenti commi, ricoverate presso una struttura residenziale solo ai fini del superamento della residenzialità, nei limiti e nei termini previsti dalla Linea guida al punto 5.

### Art. 3bis - Priorità di accesso

1. L'accesso agli interventi di cui al presente avviso, per le persone nelle condizioni di cui all'art. 3, è garantito, in via prioritaria, a coloro i quali, sulla base della elaborazione/valutazione del progetto personalizzato, necessitano con maggiore urgenza degli interventi sopra riportati. Nel valutare l'urgenza si tiene conto dei seguenti aspetti:

- a. limitazioni dell'autonomia del soggetto;
- b. sostegni che la famiglia è in grado di fornire, in termini di assistenza/accudimento e di sollecitazione della vita di relazione e di garanzia di buone relazioni interpersonali;
- c. condizione abitativa ed ambientale (a titolo esemplificativo: spazi adeguati per i componenti della famiglia, condizioni igieniche adeguate, condizioni strutturali adeguate, servizi igienici adeguati, barriere architettoniche, interne ed esterne, all'alloggio, abitazione isolata, ecc.), nonché, per le persone con disabilità grave già inserite in un percorso di residenzialità extrafamiliare, delle caratteristiche di tali residenze di cui all'art. 3, comma 3 del decreto 23.11.2016 a maggior ragione quando tale soluzione costituisca barriera all'inclusione della persona con disabilità grave, facilitandone l'isolamento;
- d. condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia.

2. Successivamente alla valutazione di cui al comma 1, si individuano i seguenti target di priorità di accesso, indicati in ordine decrescente:

a) persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

b) persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

---

situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Art. 4

1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali

c) persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'art. 3, comma 4 del decreto 23.11.2016.

3. La priorità di accesso sarà, altresì, determinata, fatto salvo quanto delineato ai commi 1 e 2, tenuto conto anche dell'Isee posseduto.

4. L'accesso ai progetti personalizzati è, altresì, prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare:

1. che alla data di approvazione del presente provvedimento, sono già state accolte in residenzialità o abbiano sperimentato percorsi di cohousing, al fine di dare continuità ai progetti di co-housing in essere;

2. che hanno già in essere un progetto di deistituzionalizzazione e di inserimento in co-housing e/o per cui si prevede il nuovo accesso alle residenzialità di cui al presente programma;

3. per le quali è già stato posto in essere un progetto di co-housing nel quale la persona con disabilità e/o la sua famiglia hanno avviato un percorso di messa a disposizione del proprio patrimonio immobiliare.

#### **Art. 4 - Termini e modalità per la presentazione delle domande.**

1) La domanda contenente la proposta progettuale per la “vita indipendente” e la relativa richiesta di contributo (di seguito “domanda”), deve essere presentata dalla persona con disabilità in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 o da chi la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, con una delle seguenti modalità :

a) a mano presso l'Ufficio accoglienza/ protocollo del Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) nei seguenti giorni ed orari : lunedì – martedì 9.00-12.00/ giovedì 15.00-17.00;

b) a mezzo raccomandata a/r al seguente indirizzo: Comune di Spoleto - Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona- via San Carlo n.1 - 06049 Spoleto (PG);

c) tramite posta elettronica certificata (PEC) secondo le disposizioni vigenti al seguente indirizzo: [comune.spoleto@postacert.umbria.it](mailto:comune.spoleto@postacert.umbria.it);

Non sono ammissibili le domande presentate con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Non è ammessa la presentazione di più domande da parte della stessa persona nell'arco di validità del presente avviso.

Nel caso di presentazione di più domande sarà istruita la prima validamente ricevuta in ordine di tempo.

2) Ogni domanda deve essere presentata a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sull' Albo pretorio on-line del sito istituzionale del Comune di Spoleto capofila della zona sociale n. 9 Umbria e **fino al 1 Settembre 2026**. Il presente avviso potrà essere riaperto con successiva determinazione dirigenziale, qualora la presente dotazione finanziaria non venisse totalmente assegnata e/o in caso di ulteriori risorse finalizzate rese disponibili successivamente alla data di scadenza dell'avviso prevista per il 1 Settembre 2026. Ai fini dell'osservanza del suddetto termine farà fede :

a) la data di ricezione dell'ufficio accoglienza/ protocollo del Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona del

Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) (compatibilmente con gli orari di apertura dello stesso) nel caso di presentazione a mano;

b) la data del timbro postale di spedizione per gli invii effettuati a mezzo raccomandata a.r;

c) la data di avvenuta ricezione per gli invii effettuati a mezzo PEC, attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del DPR 11 febbraio 2005 n. 68;

L'amministrazione comunale non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi postali, dei sistemi informatici, o, comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

3) La domanda deve essere presentata utilizzando la modulistica di cui all'allegato **A2)** - **Sezione 1** "Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità" e **Sezione 2** "Formulario di progetto personale per la vita indipendente", parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **A2)** devono essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.

4) La domanda per lo svolgimento del progetto per la "vita indipendente" in co-housing, deve essere presentata in forma congiunta (massimo 5 richiedenti) utilizzando la modulistica di cui all'allegato **A3)** del presente avviso **Sezione 1** "Domanda di ammissione - Progetti personali per la vita indipendente in co-housing a favore delle persone con disabilità", e **Sezione 2** "Formulario di progetto per la vita indipendente in co-housing", parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **A3)** devono essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.

5) La domanda deve contenere:

a) i dati anagrafici della persona con disabilità, e se necessario, di chi la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente nonché i recapiti per le comunicazioni dell'amministrazione (indirizzo postale, numero telefonico e indirizzo e-mail);

b) dichiarazione di essere cittadini italiani/comunitari/familiari extracomunitari di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente/cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo) esclusi i titolari di visto di breve durata;

c) dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici ad eccezione dei titolari di *status* di rifugiato o di *status* di protezione sussidiaria;

d) autocertificazione di accertato handicap che assume connotazione di gravità (ex art. 3 c. 3 e ex art. 4 legge 104/92, L. n. 104/1992);

e) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;

f) **dichiarazione in merito allo svolgimento di un precedente progetto di Vita Indipendente finanziato con risorse, regionali, nazionali o comunitarie, eventualmente con indicazione della data di scadenza, se il progetto è in corso, della data di conclusione, anche anticipata, se il progetto è terminato o di interruzione/rinuncia allo stesso.**

g) progetto personale per la "vita indipendente", recante: i. gli obiettivi di vita che si intendono perseguire quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quelli connessi a: salute, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale; ii. descrizione analitica dello stato in essere e della prevista evoluzione del progetto, accompagnata da coerente ed aggiornata documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di supporto; iii. descrizione delle necessità della persona con disabilità; iv. conseguenti richieste di prestazioni e relativa tempistica di attuazione; v. costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili; vi. dichiarazione da parte della persona con disabilità e/o da chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, di assunzione di responsabilità nell'attuazione del progetto; vii. dichiarazione, da parte della persona con disabilità, o se necessario, da chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, di

piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale con il quale si contrarrà un rapporto di lavoro regolare, assumendo i correlati obblighi derivanti dal ruolo di datore di lavoro.

6) Le dichiarazioni, di cui al precedente comma, devono essere rese ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. ed alle stesse deve essere allegata copia di un documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore e, laddove presente, copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo. La domanda (comprensiva del progetto per la *“vita indipendente”* e della relativa richiesta di contributo) di cui al presente articolo, deve essere compilata in ogni sua parte e sottoscritta ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.

7) **Si sottolinea, che al fine dell'ammissione formale al beneficio, dovrà essere perfezionata e presentata tutta la documentazione necessaria e sopra descritta, anche con integrazioni successive all'invio della domanda.**

#### **Art. 5 - Istruttoria di ammissibilità delle domande, valutazione delle proposte progettuali e patto per la vita indipendente”.**

1) L'Ufficio di Piano della Zona sociale n. 9 Umbria procede all'istruttoria formale delle domande pervenute in base all'ordine cronologico di ricezione delle stesse.

2) Al termine dell'istruttoria formale avente ad oggetto la verifica dei requisiti di ammissibilità previsti dall'art. 3 e 4 del presente Avviso, ciascuna domanda potrà risultare:

- a) ammessa alla elaborazione del progetto personalizzato con il relativo budget di progetto;
- b) non ammessa, con motivazione

L'istanza è inammissibile se:

- presentata da soggetto non in possesso dei requisiti previsti all'art. 3;
- pervenuta nelle modalità e nei termini diversi da quelli stabili all'art. 4;

3) Le domande risultate ammissibili ai sensi del comma 2 lett. a) del presente avviso sono trasmesse dall'Ufficio di Piano all'Ufficio della cittadinanza territorialmente competente, il quale le sottopone a valutazione tecnica effettuata da un'equipe multidisciplinare attivata dall'assistente sociale che esercita il ruolo di *case manager*, sulla base della scheda S.Va.M.Di. (Scheda per la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità), approvata con DD n. 11332 del 31/12/2014.

La valutazione è finalizzata a definire le priorità di accesso alla misura, nonché a verificare la coerenza tra gli obiettivi indicati nel progetto per la *“vita indipendente”*, le prestazioni richieste e i tempi previsti per la loro attivazione, anche tenendo conto dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari già in atto. E' facoltà dell'assistente sociale e/o dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) chiedere integrazioni al progetto presentato qualora lo stesso evidenzia situazioni particolari anche al fine di delineare, di concerto con la persona con disabilità, possibili soluzioni.

4) La fase di valutazione tecnica deve concludersi entro un massimo di 60 giorni dalla ricezione della domanda ai sensi del precedente art. 4 c.2 lett. a), b) e c). Il provvedimento contenente l'esito della valutazione e l'eventuale concessione del contributo sarà emanato entro e non oltre i successivi 30 giorni e comunicato tramite apposita notifica scritta, con invito per la persona con disabilità alla sottoscrizione del *“patto per la vita indipendente”* entro e non oltre il termine stabilito nella notifica del provvedimento di concessione a pena di decadenza. Il *“patto per la vita indipendente”* dovrà essere sottoscritto insieme al *case manager* e al referente delegato dal Direttore del Distretto competente, qualora presente, e dovrà contenere l'indicazione della entità del contributo economico concesso.

#### **Art. 6 – Dotazione finanziaria, spese ammissibili e ammontare del contributo**

- 1) Il presente avviso è finanziato dai fondi relativi al DPCM del 03.10.2022 – annualità 2023 per € 80.000,00 e per € 20.000,00, in qualità di cofinanziamento, a valere sul Fondo Regionale per la Non Autosufficienza annualmente trasferito nell’ambito del PRINA alla Zona sociale n. 9.
- 2) La Zona sociale n. 9 destina per il presente avviso una dotazione finanziaria complessiva di € 100.000,00 dando atto che tali risorse potranno essere successivamente integrate con ulteriori risorse di provenienza comunitaria, nazionale e/o regionale, aventi il medesimo vincolo di destinazione o risorse di provenienza comunale all’uopo previste, salvo diverse disposizioni regionali;
- 3) Il contributo economico concesso per ciascuna proposta progettuale, a valere sulle risorse di cui ai commi precedenti, non può essere superiore ad Euro 12.000,00 per 12 mesi (durata massima del progetto). Nel caso di durata del progetto inferiore ai 12 mesi, il contributo economico concesso verrà riparametrato in maniera proporzionale.
- 4) Il contributo concesso è riconosciuto al 100% a coloro che possiedono una certificazione ISEE di valore pari o inferiore ad Euro 25.000,00 mentre è riconosciuto al 60% a coloro che possiedono una certificazione ISEE di valore compreso tra Euro 25.001,00 ed Euro 35.000,00.
- 5) Le spese ammissibili ai fini della realizzazione del progetto di “*vita indipendente*” nel rispetto delle norme di gestione applicabili, sono le seguenti:
  - a) fino ad un massimo di € 1.000,00 mensili lorde (compenso e oneri contributivi) per il costo inerente all’assistente personale, individuato nelle modalità descritte dall’art. 2 comma3 lettera a);
  - b) fino al 40% del contributo di cui al precedente comma 3 massimo concedibile, per le spese relative all’abitare (a puro scopo esemplificativo e non esaustivo: costo del contratto di locazione, regolarmente stipulato e registrato, dell’unità immobiliare nella quale è realizzato il progetto per la “*vita indipendente*”; utenze domestiche, spese condominiali, ecc...), e in caso di *co-housing* per la quota di pertinenza;
  - c) fino ad un massimo di € 1.000,00 mensili lorde per i costi inerenti l’inclusione sociale e relazionale (ad esempio servizi legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto all’inclusione lavorativa o all’apprendimento, agli spostamenti sul territorio necessari ai fini dell’inclusione);
  - d) fino al 30% del contributo di cui al precedente comma 3 massimo concedibile per gli ausili tecnologici e la domotica finalizzati al potenziamento dell'autonomia personale.
- 6) Il “*patto per la vita indipendente*” può essere rimodulato, sulla base della revisione periodica effettuata dal case manager, con il supporto eventuale dell’UVM, con riferimento a modifiche degli interessi, delle condizioni personali o di salute dell’interessato e il contributo concesso può essere rimodulato nei limiti di quanto previsto al precedente comma.
- 7) Il progetto per la “*vita indipendente*”, finalizzato a favorire la domiciliarità della persona con disabilità, non può prevedere attività indirizzate a sostenere interventi in strutture di accoglienza residenziale o semiresidenziale, fermo restando quanto stabilito dalla Linea guida e le prestazioni sanitarie assicurate dai LEA<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

## Art. 7 – Modalità e tempi di erogazione del contributo e di rendicontazione

1) La persona con disabilità destinataria dell'intervento, contestualmente alla sottoscrizione del *"patto per la vita indipendente"* o nel termine massimo di 30 giorni dalla sottoscrizione, salvo diversa disposizione, comunica l'avvio del progetto al Case Manager, assistente sociale Stefania Benedetti, presso il Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) a mano oppure per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica : [vitaindipendente@comune.spoleto.pg.it](mailto:vita indipendente@comune.spoleto.pg.it) presentando, a pena di decadenza, salvo proroga autorizzata dall'Ufficio di Piano dietro motivata richiesta, la documentazione attinente alle tipologie di costi previsti nel progetto per la *"vita indipendente"* come di seguito specificato:

- copia del contratto di lavoro con l'assistente personale e la comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio del rapporto di lavoro o, alternativamente copia del contratto di servizio per la disponibilità di assistente personale;
- copia del contratto di locazione;
- copia del preventivo/ordine o di documento attestante il costo dell'attività di inclusione sociale e relazionale;
- copia del preventivo/ordine relativo agli ausili tecnologici e alla domotica.

2) Ai fini della **rendicontazione delle spese ammesse nel provvedimento di concessione** e della conseguente erogazione della quota di contributo di cui alle lett. a), b), c) e d) del precedente art. 6, c. 5), la persona con disabilità o, se necessario, chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, presenta all'amministrazione comunale (Ufficio di Piano), la seguente documentazione:

a) per il **costo del personale** di cui all'art. 6, comma 5, lett. a):

- contratto di lavoro sottoscritto e comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio di rapporto di lavoro nel rispetto della normativa o alternativamente contratto di servizio stipulato con l'ente del terzo settore individuato;
- cedolino dello stipendio (busta paga) quietanzato o fatturazione relativa al servizio di assistenza domiciliare e documentazione che attesti che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, in particolare:
  - assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte dell'assistente personale e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);
  - bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);
  - altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico quale ad es. MAV (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti dell'assistente personale e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).

In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, deve essere altresì specificata, come causale, la mensilità di riferimento della busta paga.

- report/timesheet delle attività svolte dall'assistente personale sottoscritti da quest'ultimo e dalla persona con disabilità o suo legale rappresentante.

b) Per i **costi relativi all'abitare di autonomia** di cui all'art. 6, comma 5, lett. b):

- eventuale contratto di locazione debitamente registrato dell'unità immobiliare nella quale è realizzato il progetto personale per la *vita indipendente*, o per la quota di pertinenza in caso di *co-housing*;
- fatture relative alle utenze domestiche, documentazione attestante il preventivo (o consuntivo) delle spese condominiali, ecc.
- documentazione che attesti l'effettiva quietanza di pagamento e che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, in particolare:
  - assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte del locatore e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);
  - bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);
  - altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico, (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti del locatore e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).

In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, deve essere altresì specificata, come causale, la mensilità di riferimento del canone di locazione.

c) Per i **costi inerenti l'inclusione sociale e relazionale** di cui all'art. 6, comma 5 lettera c):

- documento giustificativo della spesa, nel rispetto della normativa vigente;
- documentazione che attesti l'effettiva quietanza di pagamento e che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, nella fattispecie:
  - assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte del venditore e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);
  - bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);
  - altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico, (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti del venditore e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).

In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, devono essere altresì specificati, come causale, gli ausili tecnologici o il numero della fattura di riferimento.

d) Per i **costi di ausili tecnologici e domotica** di cui all'art. 6, comma 5, lett. d):

- documento giustificativo della spesa, nel rispetto della normativa vigente;
- documentazione che attesti l'effettiva quietanza di pagamento e che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, nella fattispecie:
  - assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte del venditore e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);
  - bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);
  - altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico, (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti del venditore e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).

In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, devono essere altresì specificati, come causale, gli ausili tecnologici o il numero della fattura di riferimento.

3) Il contributo è erogato secondo le seguenti modalità, salvo diversa e motivata disposizione prevista dal provvedimento di concessione:

- a) l'80% del contributo concesso a seguito della presentazione della documentazione di cui al comma 1;
- b) il restante 20% del contributo concesso, previa positiva determinazione da parte dell'Ufficio di Piano, a seguito di rendicontazione analitica di tutte le spese ammissibili sostenute e documentate entro 2 mesi dal termine di conclusione del progetto di "*vita indipendente*".

#### **Art. 8 - Decadenza, sospensione e revoca del contributo**

1) Tutti i requisiti previsti all'art. 3, c. 1 e c. 2 devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

2) Per tutta la durata del progetto è richiesto il mantenimento dei requisiti di cui all'art. 3 comma 1 lett. b) c) e) e f) nonché della residenza in uno dei Comuni della Regione Umbria, pena la decadenza dal contributo a decorrere dalla data della perdita dei suddetti requisiti.

Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervenga la perdita dei suddetti requisiti, il destinatario del contributo dovrà darne comunicazione scritta all'assistente sociale Stefania Benedetti presso il Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) a mano oppure per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica : [vitaindipendente@comune.spoleto.pg.it](mailto:vitaindipendente@comune.spoleto.pg.it) entro 15 giorni.

3) Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervengano fatti o eventi che vadano ad incidere sulla realizzabilità del progetto di "*vita indipendente*" l'amministrazione comunale si riserva di disporre la rimodulazione dello stesso o la sua conclusione anticipata. Il destinatario del contributo dovrà darne comunicazione scritta

all'assistente sociale Stefania Benedetti presso il Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) a mano oppure per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica : [vita indipendente@comune.spoleto.pg.it](mailto:vita indipendente@comune.spoleto.pg.it) entro 15 giorni. A decorrere da tale comunicazione, l'amministrazione procederà a rivalutare il progetto nei tempi e modi previsti dal precedente art. 5, eventualmente procedendo alla sospensione del progetto fino all'esito della rivalutazione o disponendone la conclusione anticipata. Il contributo verrà sospeso anche nel caso di ricoveri superiori a un mese e inferiori a tre presso una struttura residenziale o protetta. Qualora la permanenza nella struttura residenziale superi i tre mesi il destinatario dell'intervento decade dal beneficio concesso.

4) Nelle ipotesi di dichiarazione false o mendaci ai sensi dell'art. 74 del D.P.R. 445/2000, relative ai requisiti di cui al comma 1, il contributo sarà revocato e dovranno essere restituite le somme eventualmente già erogate, oltre agli interessi legali.

Nell'ipotesi di cui ai commi 2) e 3) del presente articolo saranno riconosciute al destinatario solo le spese di cui al precedente art. 6 comma 5 lett. a) e b) e c) sostenute e quietanzate fino alla data della decadenza o alla data di conclusione anticipata del progetto.

5) Qualora a seguito di controlli e verifiche effettuate ai sensi del successivo art. 9 saranno riscontrate inadempienze nella realizzazione del progetto e negli adempimenti previsti con il presente avviso l'amministrazione comunale procede alla revoca, totale o parziale, del contributo concesso richiedendo la restituzione delle somme già erogate, oltre agli interessi legali, individuate dal provvedimento di revoca.

#### **Art. 9 - Controlli e verifiche**

1) Il Comune di Spoleto, tramite i Servizi/Unità Operative competenti in materia si riserva la facoltà di verificare, in qualsiasi momento, il possesso dei requisiti sopra indicati e dichiarati e di effettuare, ai sensi dall'articolo 71 del DPR n. 445/2000 "*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*", controlli a campione sulla veridicità delle autocertificazioni prodotte nel rispetto della normativa in materia.

2) Sono previste, da parte del Comune di Spoleto capofila della Zona Sociale n.9 - dalla Regione o di altri soggetti abilitati verifiche e/o controlli *in loco*, anche senza preavviso, sull'attuazione del progetto personale per la "*vita indipendente*" e sulla corretta attuazione dell'azione. In particolare, sarà attentamente valutata la coerenza delle attività effettivamente svolte rispetto a quelle dichiarate nel progetto personale per la "*vita indipendente*".

#### **Art. 10 - Informazioni sul procedimento.**

1) Ai sensi della L. 241/1990, e s.m. e i. l'unità organizzativa cui sono attribuiti i procedimenti è: Ufficio benessere sociale del Dipartimento 5 del Comune di Spoleto capofila della Zona sociale 9.

2) Il Responsabile del procedimento è Dina Bugiantelli Dirigente della Struttura competente per materia del Comune capofila della Zona sociale.

3) L'Ufficio presso cui si può prendere visione degli atti del procedimento è l'Ufficio benessere sociale del Dipartimento 5 del Comune di Spoleto capofila della Zona sociale 9 - via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) – dott.ssa Fabrizia Fava , previo appuntamento da fissare al seguente numero telefonico 0743/218507.

4) Il diritto di accesso di cui all'art. 22 della Legge 241/90 e ss. mm. e ii., viene esercitato, con le modalità di cui all'art. n. 25 della citata Legge e del regolamento comunale vigente in materia.

## **Art. 11 - Trattamento dei dati personali**

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della 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 esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Spoleto 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 di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla armonizzazione e al blocco dei dati trattati.

## **Art. 12 - Foro competente**

Per qualsiasi controversia inerente l'attuazione del presente Avviso è competente l'Autorità giudiziaria del Foro di Spoleto, in via esclusiva.

## **Art. 13- Disposizioni finali**

Per quanto non disciplinato dal presente Avviso, si rinvia alla normativa vigente.

Spoleto 05 Agosto 2026

La dirigente  
(dott.ssa Dina Bugiantelli)

*Il presente documento è redatto in formato digitale ai sensi del decreto legislativo 07 marzo 2005 n° 82 recante " Il codice dell'amministrazione digitale ed è conservato in originale presso l'archivio informativo del Comune di Spoleto "*

## **Allegati all'Avviso:**

**A2)** - Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità (**Sezione 1**) e Formulario di progetto personale per la vita indipendente (**Sezione 2**).

**A3)** – Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità *in co-housing* (**Sezione 1**) e Formulario di progetto personale per la "vita indipendente" *in co-housing*. (**Sezione 2**).

*Allegato all'Avviso A2*

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Cognome _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nome _____                     |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| nato/a il _____ 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 civile <sup>3</sup> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| Cittadinanza <sup>4</sup> :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ cittadino italiano;</li><li>○ cittadino comunitario;</li><li>○ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;</li><li>○ 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 _____;</li><li>○ titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;</li><li>○ titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;</li></ul> |                                |

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

*(da compilare solo se necessario)*

|               |            |
|---------------|------------|
| Cognome _____ | Nome _____ |
| _____         |            |

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

4 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.

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 DGR Umbria n. 1357 del 20.12.2023 di approvazione dell'atto di programmazione delle risorse finanziarie del FNA annualità 2022-2023 e 2024 di cui al DPCM del 3 ottobre 2022 per progetti in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società di persone con disabilità e DD del comune di Spoleto 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/proseguimento del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

DI POTER ACCEDERE AI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI ( *barrare la lettera o le lettere di interesse*):

**a) utilizzo delle prestazioni lavorative di assistente/i personale/i sulla base di contratto/i di lavoro stipulati nel rispetto della normativa vigente, ovvero di servizi di supporto all'autonomia personale e alla domiciliarità forniti da soggetti del terzo settore attraverso l'intervento di operatori con adeguata formazione ed esperienza professionale;**

**b) Forme dell'abitare in autonomia:** housing e cohousing. Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del "Dopo di noi" di cui alla legge n. 112/2016, e con i progetti a valere sulle risorse del PNRR sostenuti dal su menzionato

investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Sono compresi altresì sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia.

**c) Inclusione sociale e relazionale.** In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, poiché i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le équipe multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.

**d) Ausili e Domotica.** Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.

A tale fine

#### DICHIARA

#### QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

| Componente | Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Attività/<br>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 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.*)
- **di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente e aver beneficiato di risorse per tale finalità;**
- **di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie con scadenza il \_\_\_\_\_.**
- **di avere svolto e terminato in data \_\_\_\_\_ un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie.**
- **di aver interrotto/rinunciato in data \_\_\_\_\_ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie prima del termine di scadenza previsto in data \_\_\_\_\_.**
- in relazione 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 esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Spoleto in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al 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”

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 ☐ proseguire [barrare la voce che interessa] 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

**Svolgimento o aver svolto un progetto di “vita indipendente” per il quale ai sensi dell’articolo 3 comma 2 dell’avviso è possibile dagli continuità** (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.

**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:**

---

---

---

---

---

---

---

**utilizzo delle prestazioni lavorative dell'assistente personale sulla base di contratto di lavoro i nel rispetto della normativa vigente,<sup>5</sup>:**

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 \_\_\_\_\_

Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di  
"vita indipendente"<sup>6</sup>:

SI              NO

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 \_\_\_\_\_

<sup>5</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>6</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.

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) \_\_\_\_\_

#### **Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:**

##### Assistente personale<sup>7</sup>:

Stipendio € \_\_\_\_\_

Contributi € \_\_\_\_\_

Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € \_\_\_\_\_

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € \_\_\_\_\_

Oppure costo totale del contratto di servizio stipulato con Ente del terzo settore € \_\_\_\_\_

Canone di locazione di unità immobiliare<sup>8</sup> (totale): € \_\_\_\_\_

Costi inerenti l'inclusione sociale e relazionale (totale): € \_\_\_\_\_

Ausili tecnologici all'autonomia personale e domotica<sup>9</sup> (totale): € \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

<sup>8</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 40% del contributo massimo concedibile. 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. Sono ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali.

<sup>9</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 30% del contributo massimo concedibile. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici e la domotica nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

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 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:**

- copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- copia del documento di identità della persona con disabilità.
- copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.
- copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).

*Allegato all'avviso A3*

**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 \_\_\_\_\_

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 il \_\_\_\_\_ 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 civile<sup>10</sup> \_\_\_\_\_

Cittadinanza<sup>11</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 (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*) \_\_\_\_\_;
- titolare di *status* di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_;

#### QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(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 DGR Umbria n. 1357 del 20.12.2023 di approvazione dell'atto di programmazione delle risorse finanziarie del FNA annualità 2022-2023 e 2024 di cui al DPCM del 3 ottobre 2022 per

<sup>10</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>11</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.

progetti in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società di persone con disabilità e DD del comune di Spoleto 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/prosecuzione del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

DI POTER ACCEDERE AI SEGUENTI SERVIZI/INTERVENTI ( *barrare la lettera o le lettere di interesse*):

**a) utilizzo delle prestazioni lavorative di assistente/i personale/i sulla base di contratto/i di lavoro stipulati nel rispetto della normativa vigente, ovvero di servizi di supporto all'autonomia personale e alla domiciliarità forniti da soggetti del terzo settore attraverso l'intervento di operatori con adeguata formazione ed esperienza professionale;**

**b) Forme dell'abitare in autonomia:** housing e cohousing. Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale. A tale proposito è raccomandata l'integrazione con le programmazioni del "Dopo di noi" di cui alla legge n. 112/2016, e con i progetti a valere sulle risorse del PNRR sostenuti dal su menzionato investimento 1.2, rispettando gli standard definiti con la disciplina attuativa. Sono compresi altresì sostegni finanziari mirati all'approccio all'indipendenza per chi voglia rendersi autonomo dalla famiglia.

**c) Inclusione sociale e relazionale.** In tale contesto è possibile prevedere la fattispecie dell'assistenza sociale relazionale. Ciò nonostante, poiché i servizi di questo tipo godono di diversi programmi specifici di finanziamento, essi saranno compresi nel progetto di vita indipendente solo nel caso in cui le *équipes* multiprofessionali li giudichino indispensabili per garantire la sostenibilità del progetto personalizzato. I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.

**d) Ausili e Domotica.** Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione, ricordando che tali interventi non devono essere ricompresi negli elenchi di interventi afferenti al SSN.

A tale fine

**DICHIARA**

### QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

| Componente | Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Attività/<br>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 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).*
- **di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente e aver beneficiato di risorse per tale finalità;**
- **di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie con scadenza il \_\_\_\_\_.**
- **di avere svolto e terminato in data \_\_\_\_\_ un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie.**
- **di aver interrotto/rinunciato in data \_\_\_\_\_ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie prima del termine di scadenza previsto in data \_\_\_\_\_.**
- in relazione 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 esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Spoleto in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al 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 <input type="checkbox"/> realizzare <input type="checkbox"/> proseguire [barrare la voce che interessa] il seguente <b>progetto personale per la “vita indipendente”</b> :                                                                                                                                        |       |
| <b>Obiettivi di vita che si intendono perseguire</b> 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) <b>e indicazione in mesi della durata del progetto</b> : |       |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
| <b>Condizione attuale:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
| Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI NO |
| Svolgimento di uno <i>stage</i> 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 |
| <b>Svolgimento o aver svolto un progetto di “vita indipendente” per il quale ai sensi dell’articolo 3 comma 2 dell’avviso è possibile dargli continuità</b> (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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |
| Specificare tipologia contratto                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Frequenza di un corso di studio                                                                                                                                                                                                                                    | SI | NO |
| Se SI, quale                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| Presso                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| 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),                                           |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| 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.                                                                                                                                                                                                                           |    |    |
| <b>Obiettivi di prevista evoluzione del progetto</b> 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): |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <b>Necessità della persona:</b>                                                                                                                                                                                                                                    |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |

**utilizzo delle prestazioni lavorative dell'assistente personale sulla base di contratto di lavoro i nel rispetto della normativa vigente <sup>12</sup>:**

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 \_\_\_\_\_

Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di “vita indipendente” <sup>13</sup>:

SI

NO

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*):

attività di mobilità personale:

<sup>12</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>13</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.

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) _____                                |    |    |
| _____                                                                                         |    |    |
| <b>Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:</b>                            |    |    |
| <b>Assistente personale<sup>14</sup>:</b>                                                     |    |    |
| Stipendio € _____                                                                             |    |    |
| Contributi € _____                                                                            |    |    |
| Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____                     |    |    |
| Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____                                   |    |    |
| Oppure il costo totale del contratto di servizio stipulato con Ente del terzo settore € _____ |    |    |
| _____                                                                                         |    |    |
| <b>Canone di locazione di unità immobiliare<sup>15</sup></b>                                  |    |    |
| totale: € _____                                                                               |    |    |
| quota di pertinenza: € _____                                                                  |    |    |
| Costi inerenti l'inclusione sociale e relazionale (totale): € _____                           |    |    |
| Ausili tecnologici all'autonomia personale e domotica <sup>16</sup> (totale): € _____         |    |    |
| _____                                                                                         |    |    |
| Totale : € _____                                                                              |    |    |
| _____                                                                                         |    |    |
| _____                                                                                         |    |    |
| _____                                                                                         |    |    |

<sup>14</sup> A copertura dei costi sostenuti (compenso e oneri contributivi) per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

<sup>15</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **40%** del contributo massimo concedibile. 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. Sono ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali.

<sup>16</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **30%** del contributo massimo concedibile. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici e la domotica nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

### 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 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:**

- copia della certificazione ISEE in corso di validità;
- documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- copia del documento di identità della persona con disabilità.
- copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).