

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 civile¹

Cittadinanza²:

- 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):

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

² 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.

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/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/ 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 ☐ 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 <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
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 (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 ³:

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” ⁴: 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:

³ 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.

⁴ 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) _____		

Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:		
Assistente personale⁵:		
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 € _____		

Canone di locazione di unità immobiliare⁶		
totale: € _____		
quota di pertinenza: € _____		
Costi inerenti l'inclusione sociale e relazionale (totale): € _____		
Ausili tecnologici all'autonomia personale e domotica⁷ (totale): € _____		

Totale : € _____		

⁵ A copertura dei costi sostenuti (compenso e oneri contributivi) per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

⁶ 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.

⁷ 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).