





- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100%      **(SI)**      **(NO)**      (barrare)

- diagnosi principale .....

Altre patologie presenti .....

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

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

*(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)*

### **QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE** (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone ..... di cui con disabilità .....

### **QUADRO D – LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE REGIONALE**

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendente di cui alla DGR 117/2022      **(NO)**      (barrare)

**(SI)**      a far data dal .....

### **QUADRO E**

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

**(NO)**      (barrare)

**(SI)**      a far data dal .....

### **RICHIEDE**

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente**

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

- supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- sostegno al ruolo genitoriale;
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;

- accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive;
- accompagnamento per attività associative o di volontariato
- altro (specificare) .....

**(E' possibile barrare uno o più obiettivi)**

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

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

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio: .....

Specificare nome e sede attività .....

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

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

Numero settimane di gravidanza .....

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

Data avvio: .....

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

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing-cohousing .....

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio: .....

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

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio: .....

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

Specificare ente e sede: .....

Altro da specificare:

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

**QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo .....

(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

**QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO**

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- Assistente personale
  - Numero assistenti .....
  - Numero ore contrattualizzate .....
  - Spesa media mensile .....
  
- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
  - Spese affitto .....(indicare importo mensile)
  - Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
  - Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
  
- Trasporto
  - Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
  - Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
  - Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

- Assistente personale
  - Numero assistenti .....
  - Numero ore contrattualizzate .....
  - Spesa media mensile .....
  
- Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale
  - Spese affitto .....(indicare importo mensile)

- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

**Trasporto**

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO ..... INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

**Assistente personale**

- Numero assistenti .....
- Numero ore contrattualizzate .....
- Spesa media mensile .....

**Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale**

- Spese affitto .....(indicare importo mensile)
- Materiale di consumo ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)
- Utenze ..... (indicare oggetto e spesa media mensile)

**Trasporto**

- Pubblico ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Privato ..... (indicare oggetto e spesa mensile)
- Sociale ..... (indicare oggetto e spesa mensile)

*La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.*

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

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o un caregiver familiare
- (specificare .....

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi), limitatamente ai servizi di tipo residenziale rientranti nell'ambito B di cui alla DGR 753/2017

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale;

(SI) (NO) (barrare)

*Si ricorda che l'eventuale erogazione del contributo, nel caso in cui la persona risultasse beneficiaria del contributo per l'intervento InAut, è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione di tali interventi o prestazioni.*

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

---

---

---

---

---

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

n° || allegati

Tipologia \_\_\_\_\_

---

---

