



Allegatp B

Modulo per la presentazione della domanda di partecipazione all'intervento "Indipendenza e autonomia – InAut"

(D.G.R.T. 814/2020 e D.G.R.T. 1178/2020 "Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente")

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Cognome/Nome	
nato/a il a	Prov
e residente in	
Via/P.zza	n
CAPTel	
con domicilio (se diverso dalla residenza) in	
Via/P.zza	n
CAP Tel	
Codice Fiscale:	
Indirizzo di posta elettronica	
Stato civile ^{a)} Cittadinanza ^{b)}	
<u>Vedi note</u>	

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA
Cognome/Nome
in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)

del sot	to indicato beneficiario:	
DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO		
Cognome/Nome		
nato/a il a	Prov	
e residente in		
Via/P.za	n	
CAP Tel		
con domicilio (se diverso dalla residenza) in		
Via/P.zza	n	
CAPTel		
Codice Fiscale: _ _ _ _		
Indirizzo di posta elettronica		
Stato civile ^{a)} Cittadinanza	i ^{b)}	
<u>Vedi note</u>		
NOTE: a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/per alla Questura di con scac ricevuta di presentazione in data Rifugia il numero e la data)	rmesso di soggiorno n rilasciata denza il o in corso di rinnovo con to politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato,	
Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà and o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non risperatore della codice penale e dalle leggi sperare dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative al conseguenti al provvedimento emanato sulla base della conseguenti al provvedimento emanato sulla base della conseguenti.	pondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. eciali in materia, nonché delle conseguenze lla decadenza dai benefici eventualmente	
CHIEDE		
di poter partecipare all'intervento InAut.		
A tale scopo		
DICHIARA		
QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZ	ZIONE DI SALUTE	

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge

104/92

(SI)

(NO)

(barrare)

legale, non inferiore al 100% (SI) (NO) (barrare)
- diagnosi principale
Altre patologie presenti
Medico di medicina generale
Specialista di riferimento
(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
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
DICHTER
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:
Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea: Data avvio:
Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti: Data avvio:
Sostegno al ruolo genitoriale: Numero figli
Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine: Data avvio:
Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti): Data avvio:
Sostegno alle attività quotidiane e domestiche: Data avvio:
Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive: Data avvio:

Specificare ente e sede:

Accompagnamento per attività associative o di voiontariato:
Data avvio: (num ore, numero mesi)
Specificare ente e sede:
Altro de anacificares
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)
(Eleneo delle spese diffinissioni, odridre quelle previste è specificare quanto riemesto)
CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO
QUADRO E, SPECIFICARE:
QUIDRO E, SI ECH ICIRE.
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 DIFFERENCE AND DEFERENCE
CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO
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
 Trasporto Pubblico
CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO
 Assistente personale Numero assistenti Numero ore contrattualizzate Spesa media mensile
 Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale Spese affitto
 Trasporto Pubblico
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 risul obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende l'attuazione del progetto:	_
Alla presente domanda, sono allegati (<i>specificare il numero e la tipologia</i>): n° allegati	
Tipologia	

DICHIARA INFINE

QUADRO C - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di
sostegno:
Cognome/Nome
nato/a il aProv
e residente in
Via/P.za n
CAPTel
Codice Fiscale:
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero,
soggetto che ha emesso l'atto):
DataFirma
ADDITOR
OPPURE
QUADRO D - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE 1
La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal Pubblico Ufficiale previo
accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a
lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).
Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra
(Cognome/Nome)
della cui identità si è accertato tramite il seguente documento
Data Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

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