



del sotto 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
-----------	---

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di posta elettronica

Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____

Vedi note

NOTE:

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n rilasciata alla Questura di con scadenza il o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data)

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 dell'art.76 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

di poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

DICHIARA

QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE

- di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 **(SI)** **(NO)** (barrare)
- 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 1329/2015 e ssmmii

(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

(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, Cohousing, 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, Cohousing, 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, Cohousing, 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 H- 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 .

Copia di valido documento

Copia documento di attestazione legge 104/Invalidità civile

altri eventuali allegati

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 _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za. _____ n _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data	Firma
------	-------

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)

Firma _____

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