





- 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 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 .  
Copia di valido documento  
Copia documento di attestazione legge 104/Invalidità civile  
altri eventuali allegati

n° |\_\_|\_\_| allegati

Tipologia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

