



ZONA SOCIALE N. 4 DELL'UMBRIA

P.O.R. Programma Operativo Regionale F.S.E. (Fondo Sociale Europeo) Umbria 2014-2020 Asse "Inclusione sociale e lotta alla povertà".

Progetto "Non Autosufficienza (progetti di domiciliarità per anziani non autosufficienti e riduzione della residenzialità". CUIPI69I17000200009

Allegato 4A.1) dell'Avviso Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto di "domiciliarità" a favore delle persone anziane non autosufficienti.

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
residente in _____	Comune afferente la Zona Sociale n.4 Via / P.zza _____
_____ n.° _____	CAP _____
domiciliato presso _____	
CAP _____ tel. _____	cell. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile ¹ _____	Indirizzo email _____
Cittadinanza ²	
<input type="checkbox"/> cittadino italiano;	
<input type="checkbox"/> cittadino comunitario;	
<input type="checkbox"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di	

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.



www.regione.umbria.it/sociale

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 ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.

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. 4,

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):

Vista la Deliberazione n. 1420 del 27.11.2017 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei Progetti di *domiciliarità* e la DGC n. 269 del 22.11.2017, con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "*domiciliarità*" 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



www.regione.umbria.it/sociale

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione ³ :
I°						
II°						
III°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da _____, con verbale n. _____.

di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal _____ da _____.

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE del valore ricompreso tra:

fino ad € 5.000,00

da € 5.001,00 ad € 10.000,00

da € 10.001,00 ad € 15.000,00

da € 15.001,00 ad € 20.000,00

DICHIARA INFINE

³ trovarsi in una delle seguenti condizioni:
 - invalidità civile almeno pari al 75%;
 - accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92³



www.regione.umbria.it/sociale

- 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).*
- in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Titolari del trattamento dei dati personali sono i Comuni della Zona Sociale 4 e il Comune di Marsciano, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 4. Responsabili del trattamento sono i Responsabili dei Servizi Sociali di ciascun Comune e il Responsabile dell'Area Sociale del Comune di Marsciano, quale capofila. Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, il richiedente autorizza il Comune di Marsciano, capofila della Zona Sociale n. 4, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.

Data _____

Firma



www.regione.umbria.it/sociale

Quadro E: 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).

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 _____



www.regione.umbria.it/sociale

Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la “domiciliarità”

Il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____ in
qualità di persona anziana non autosufficiente o	il/la sottoscritto/a
Nome _____	Cognome _____ in
qualità di legale rappresentante della persona anziana non autosufficiente (nome _____ cognome _____)	

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la domiciliarità**:

I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:

II. Condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
SI NO
- 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),



www.regione.umbria.it/sociale

- Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “domiciliarità”.

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

- III. **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):

- IV. **Necessità della persona:**

- Assunzione con contratto di lavoro dell’assistente familiare nel rispetto della normativa vigente⁴:

SI NO

Generalità dell’assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____
 nato/a il _____ a _____ Prov. _____

⁴ 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.



www.regione.umbria.it/sociale

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____
 CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____
 Stato civile¹ _____ Cittadinanza² _____

V. **Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):**

VI. **Costi previsti:**

- **Assistente familiare:**
 Stipendio € _____
 Contributi € _____
 Totale busta paga mensile € _____
 Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____
- **Altri costi totale (specificare)⁵:** € _____

INOLTRE DICHIARA

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *domiciliarità*.

INFINE SI IMPEGNA:

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

⁵ Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.).

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell'Avviso.



www.regione.umbria.it/sociale

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:

- 1) copia della certificazione ISEE;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con persona anziana non autosufficiente).