

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria



Allegato all'Avviso A2

**Sezione 1: Domanda di ammissione - Progetto personale
per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità**

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

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. _____
 Indirizzo email _____
 Codice Fiscale _____
 Stato civile¹ _____
 Cittadinanza²:
 • cittadino italiano;
 • cittadino comunitario;
 • familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di 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 _____;

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.

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione**Regione Umbria****QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ***(da compilare solo se necessario)*

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. _____ 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. 504 del 24.06.2020 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente" e la Determinazione del Responsabile n. 279 del 26.03.2025 con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" 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

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/proseguimento del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione**Regione Umbria****DICHIARA****QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/ Lavoro
I°						
II°						
III°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

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

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti _____

Cognome e Nome del medico curante _____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di	possedere	un	ISEE	del	valore	di:	€
(all.1)							

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

DICHIARA INFINE

- 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.)*
- **di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente e aver beneficiato di risorse per tale finalità;**
- **di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie con scadenza il _____.**
- **di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie.**
- **di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie prima del termine di scadenza previsto in data _____.**
- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattate esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Marsciano in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità 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 _____

Sezione 2): Formulario di progetto personale per la “vita indipendente”

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

DICHIARA

di voler realizzare proseguire [*barrare la voce che interessa*] il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

- **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** 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) e **indicazione in mesi della durata del progetto:**

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

▪ **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

SI NO

- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):

SI NO

- **Svolgimento o aver svolto un progetto di “vita indipendente” per il quale ai sensi dell’articolo 3 comma 2 dell’avviso è possibile dagli continuità** (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):

SI

NO

- Svolgimento di un lavoro

SI NO

Se SI, quale _____

Specificare _____

tipologia _____

contratto _____

- Frequenza di un corso di studio

SI NO

Se SI, quale _____

Presso _____

- Possesso di patente di guida

SI NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

Se NO, indicare il mezzo con il quale si abita abitualmente se spostato _____

- 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),

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

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

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

- **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):

- **Necessità della persona:**

- **utilizzo delle prestazioni lavorative dell'assistente personale sulla base di contratto di lavoro i nel rispetto della normativa vigente;³:**

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

	SI	NO		
<u>Generalità dell'assistente personale (se conosciute al momento di presentazione della domanda):</u>				
Cognome _____		Nome		

nato/a il _____ a _____		Prov. _____		
e residente in _____		Via / P.zza _____ n.° _____		
CAP _____ tel. _____		Codice Fiscale _____		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di “vita indipendente”⁴: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table> 			SI	NO
SI	NO			
<u>Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):</u>				
Cognome _____		Nome		

nato/a il _____ a _____		Prov. _____		
e residente in _____		Via / P.zza _____ n.° _____		
CAP _____ tel. _____		Codice Fiscale _____		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto): ▪ attività di mobilità personale: _____ _____ _____ _____ _____ ▪ attività di cura della persona: 				

³ 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.

⁴ Il parente a cui ci si riferisce può essere lo stesso familiare assunto con contratto di lavoro per il periodo successivo ai tre mesi di vigenza del contratto oppure un altro parente diverso da quest'ultimo.

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

- attività lavorative:

- attività scolastiche, universitarie e formative:

- attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:

- attività di comunicazione:

- Altro, specificare:

- Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la "vita indipendente":

Stato _____

Città _____

Via/P.zza _____

vani n. _____ Breve descrizione _____

- Di proprietà (o con mutuo)

- In uso gratuito

- Usufrutto

- In affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____

- Altro, specifi-

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione**Regione Umbria**

care _____			
Presenza servizi igienici adeguati		SI	NO
Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi		SI	NO
Presenza di barriere		SI	NO
Se SI, specificare:			
Esterne _____			
Interne _____			
Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto		SI	NO
Se	NO,	specificare	quali sono le principali
problematiche _____			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____ 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili: ▪ <u>Assistente personale</u>⁵: <ul style="list-style-type: none"> Stipendio € _____ Contributi € _____ Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____ Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____ ▪ <u>Canone di locazione di unità immobiliare</u>⁶ (totale): € _____ ▪ <u>Ausili tecnologici all'autonomia personale</u>⁷ (totale): € _____ ▪ <u>Totale</u> : € _____ ▪ <u>Altri costi totale (specificare)</u>⁸: € _____ 			

⁵ A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

⁶ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 40% del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

⁷ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 30% del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

⁸ 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 *vita indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche.

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c.

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

INOLTRE DICHIARA:

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

INFINE SI IMPEGNA A:

- rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

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:

3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

- 1) copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- 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 con disabilità.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).