**Allegato 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

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*

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**

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:

1. Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.
2. 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 ……………….

**QUADRO D bis**

**-** di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

**(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

## (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 SI 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 )

1. 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)

1. 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 (*specificare il numero e la tipologia*):

n° | | | allegati

Tipologia

## DICHIARA INFINE

**QUADRO I** - **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 L - 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.