

**Ambito Territoriale Sociale
Corigliano-Rossano**



Comune di
Calopezzati



Comune di
Caloveto



Comune di
Corigliano-
Rossano



Comune di
Cropalati



Comune di
Crosia



Comune di
Longobucco



Comune di
Paludi



Distretto Sanitario
Jonio Nord



Comune San
Cosmo Albanese



San Demetrio
Corone



San Giorgio
Albanese



Vaccarizzo
Albanese



Distretto Sanitario
Jonio Sud

Allegato 1

Al Comune di _____

protocollo.coriglianorossano@asmepec.it

SEZIONE 1 "DOMANDA DI AMMISSIONE- PROGETTO PERSONALE PER LA "VITA INDIPENDENTE" A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA'

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

in qualità di: familiare tutore (Decreto Tribunale di n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di n. _____)

altro (specificare) _____

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente nel Comune di

_____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

Di accedere a uno o più degli interventi previsti dai Progetti per la Vita Indipendente e di beneficiare del relativo contributo per:

- Assistente personale
- Abitare in autonomia
- Progetti di inclusione sociale e relazionale
- Azioni di sistema

Dichiara:

1 - che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

2 - di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario

Luogo e data

Firma del richiedente

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”**:

I. **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**:

II. **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:
SI NO
- Esistenza di un progetto di “vita indipendente” in corso):
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 abitualmente si sposta _____

- beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari SI NO

Se Sì, 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),

- 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.

- 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 personale nel rispetto della normativa vigente³:
SI NO

Generalità dell'assistente personale (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

- Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente:

- 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.

- 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,
specificare _____

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 _____

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

V. **Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:**

- Assistente personale⁵:

Stipendio € _____

Contributi € _____

Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____

- Canone di locazione di unità immobiliare (totale): € _____
- Ausili tecnologici all'autonomia personale (totale): € _____
- Totale : € _____
- Altri costi totale (specificare): € _____

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;

⁵ A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale

- 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. 2 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:

1. Certificato specialistico di struttura pubblica e/o convenzionata accreditata o del Medico di Medicina Generale attestante la patologia con espressa indicazione che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
2. copia verbale INPS relativo allo stato di handicap ai sensi legge 104/92;
3. copia decreto di nomina Tutore o Amministratore di Sostegno qualora in possesso;
4. copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento d'identità anche di quest'ultimo;
5. attestazione ISEE ristretto in corso di validità;
6. autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti;
7. copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo (qualora previsto)

Io Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

- Dichiaro ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, di essere consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000;
- Dichiaro di essere consapevole che il Distretto Sanitario di Corigliano-Rossano Jonio Nord/SUD effettuerà controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati anche avvalendosi di enti a autorità a questo preposte.
- Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo e data

Firma del richiedente