**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:**

**QUADRO A1 *–* GENERALITA’ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc*.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del sotto indicato beneficiario:

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

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:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

b) 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 ……………….

**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 (specificare) …………………………………………

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

n° |\_\_\_|\_\_\_| allegati

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INFINE**

**QUADRO C** - **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 D - 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.