

**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](mailto: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 vigente<sup>3</sup>:  
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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> 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 personale<sup>5</sup>:

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;

<sup>5</sup> 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**