



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 48

(Allegato B)

AI COMUNE DI _____

Domanda di ammissione

Progetto "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità
anni 2020-2021

Sezione 1)

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____
a _____ Prov. _____ Residente a _____ in Via / P.zza
_____ n.° _____ CAP _____ domiciliato (se diverso dalla residenza)
a _____ in Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ tel.
_____ cell. _____ Indirizzo email _____
Indirizzo pec _____ Codice Fiscale _____

Stato civile (Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente) _____

Cittadinanza 2:

- 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;

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____
a _____ Prov. _____ Residente a _____ in Via / P.zza
_____ n.° _____ CAP _____ domiciliato (se diverso dalla residenza)
a _____ in Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____ tel.
_____ cell. _____ Indirizzo email _____
Indirizzo pec _____ Codice Fiscale _____

Grado di parentela _____; In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore)
_____;

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

Vista la Determinazione n. _____ del _____ 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



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 48

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 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, alla valutazione effettuata da parte delle équipes multiprofessionale territorialmente competente, per la realizzazione del progetto "Vita Indipendente", anni 2020-2021.

A tale fine

DICHIARA

di voler partecipare alla stesura del progetto individualizzato di accettare la figura dell'assistente personale che sarà regolarmente contrattualizzato dalla famiglia nel rispetto della normativa vigente.

DICHIARA INOLTRE

- Presenza di un assistente personale, già contrattualizzata al momento di presentazione della domanda

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, per un totale di € _____ mensili.
---	--

- Obiettivi ulteriori:

Area 2: Abitare In Autonomia - Percorsi di abilitazione alla vita autonoma attraverso brevi soggiorni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Area 3: Inclusione Sociale E Relazionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Area 4: Trasporto Sociale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Area 5: Domotica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare tipologia e importo preventivo)	

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

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



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 48

CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, 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	

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE in corso di validità del valore di: €	_____
--	-------

in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 48

Sezione 2)

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

DICHIARA

TIPO	SI / NO
L. 104/1992 art. 3, comma 3	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Invalità civile, sordità civile, cecità civile (specificare anche se con o senza indennità di accompagnamento)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
LEGGE 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riconoscimento disabilità gravissima ex DM 26 settembre 2016	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Legge 112/2016 DOPO DI NOI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PATTO DI SERVIZIO ai sensi L.R. 08/17. Art.9	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro	_____

di voler realizzare il seguente progetto personale per la vita indipendente

- I. Obiettivi di vita che si intendono perseguire connessi a lavoro, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, 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:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Svolgimento di uno stage formativo/lavorativo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Svolgimento di un lavoro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se SI, quale _____	
Specificare tipologia contratto _____	
Frequenza di un corso di studio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 48

Se SI, quale _____ Presso _____	
Possesso di patente di guida Rilasciata da _____ data di scadenza _____ Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari 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), _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

III. Necessità della persona:

Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "vita indipendente":	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

<i>Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la "vita indipendente"</i>	
Stato	Città
Via/P.zza	
vani n.	Breve descrizione:
Di proprietà (o con mutuo)	_____



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO 48

DICHIARA INOLTRE

- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di individuare in piena autonomia l'assistente personale da contrattualizzare (p.24 linee guida DPCM del 21/11/2019 pubblicato in GU il 4 febbraio 2020);
- 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;
- di essere consapevole che la sottoscrizione del progetto di vita indipendente non costituisce obbligo a pretendere alcunché, fino a quando non si definisce la programmazione distrettuale e l'approvazione definitiva del piano con il trasferimento delle somme da parte della Regione siciliana

La Sig.ra/il Sig. autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Data _____ Firma _____

Allegati:

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n.104/92, da presentare in busta chiusa;
- 3) nei casi di persone disabili rappresentati da terzi, copia del provvedimento di nomina;
- 4) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- 5) preventivo ausilio "domotica" (se previsto).