

**Allegato A) dell'Avviso**  
**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale**  
**per la "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI**

Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____
Comune afferente la Zona Sociale n.4 Via / P.zza _____
n.° _____ CAP _____ domiciliato presso _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ Indirizzo e-mail _____
Codice Fiscale _____ Stato civile <sup>1</sup> _____
Cittadinanza <sup>2</sup> :
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 <i>status</i> di rifugiato/ protezione sussidiaria ( <i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i> ) _____;
titolare di <i>status</i> di protezione umanitaria _____;

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE**

*(da compilare solo se necessario)*

Cognome _____ Nome _____
Eventuale grado di parentela _____ specificare _____
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente nel Comune di _____ Via / P.zza _____
n.° _____ CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

Vista la Deliberazione della Giunta Comunale n. 266 del 14/12/2017 con la quale è stato approvato 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 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 base della dichiarazione non veritiera.

#### CHIEDE

in qualità di titolare beneficiario di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere il titolare beneficiario (Nome \_\_\_\_\_/Cognome \_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, alla realizzazione del progetto per la "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità. A tale fine

#### DICHIARA

#### QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

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

#### QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 e art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata con verbale n. \_\_\_\_\_ del (data definizione) data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_.

#### QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € \_\_\_\_\_ (all.1)

#### DICHIARA INFINE

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria o dello status di protezione umanitaria).*

In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il Comune di Marsciano capofila della Zona Sociale n. 4 e i Comuni di: Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo e Todi, costituenti la Zona Sociale n.4 sono Titolari del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

I Responsabili del trattamento sono il Responsabile del Coordinamento delle Attività della Zona Sociale n. 4 e i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni della Zona Sociale n. 4.

Il personale impiegato nel percorso del Progetto "*Vita Indipendente*", nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).**

### QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

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 _____

## Sezione 2): Formulario di progetto personale per la "Vita Indipendente"

Il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in  
qualità di titolare beneficiario o il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome  
\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante del titolare  
beneficiario (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

### DICHIARA

di voler realizzare 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, 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 attività lavorativa

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 quale abitualmente si sposta \_\_\_\_\_

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

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),

---

---

- 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 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 \_\_\_\_\_

- Assunzione con contratto di lavoro di un familiare<sup>4</sup>: SI NO

Generalità del familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

<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.

<sup>4</sup> Il ricorso a familiari, in fase di avvio del progetto per la "Vita Indipendente", è autorizzato dai Servizi territorialmente competenti solo in via del tutto eccezionale e transitoria, per un massimo di tre mesi e, la relativa spesa, non si configura quale spesa ammissibile per il Fondo Sociale Europeo.

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

Grado di parentela (qualora esistente) \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "Vita Indipendente"<sup>5</sup>: SI      NO

Generalità dell'amico/parente (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 personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto):

a) attività di mobilità personale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) attività di cura della persona:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) attività lavorative:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) attività scolastiche, universitarie e formative:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Il parente a cui ci si riferisce può essere lo stesso familiare assunto con contratto di lavoro per il periodo successivo ai tre mesi di vigenza del contratto oppure un altro parente diverso da quest'ultimo.

f) attività di comunicazione: \_\_\_\_\_

---

g) 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 (canone mensile 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>6</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 mensile di unità immobiliare<sup>7</sup> (totale): € \_\_\_\_\_  
Ausili tecnologici all'autonomia personale<sup>8</sup> (totale): € \_\_\_\_\_  
**Totale : € \_\_\_\_\_**

<sup>6</sup> A copertura dei costi sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

<sup>7</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 40% del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

<sup>8</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 30% del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

**INOLTRE DICHIARA:**

- h)** di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- i)** di **individuare in piena autonomia l'assistente personale**, laddove previsto;
- j)** 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;
- k)** di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di "*Vita Indipendente*";

**INFINE SI IMPEGNA A:**

- l)** rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 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) copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 3) copia del documento di identità del titolare beneficiario.
- 4) copia del documento di soggiorno in corso di validità o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui il titolare beneficiario sia rappresentato).