







Allegato n. B Format progetto Vita Indipendente



Format per la presentazione del Progetto di Vita Indipendente (PR FSE+ 2021-2027)

D.D. n. 20946 del 13/09/2024 ha approvato il progetto "VIT.AR – Vita Indipendente Aretina - Codice Progetto: 316830"

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Cognome/Nome	
nato/a il a	Prov
e residente in	
Via/P.zzaı	n
CAPTel	
con domicilio (se diverso dalla residenza) in	
Via/P.zzaı	n
CAPTel	
Codice Fiscale:	_
Indirizzo di posta elettronica	
Stato civile ^{a)} Cittadinanza ^{b)}	
<u>Vedi note</u>	
n caso di presentazione da parte di altro soggetto:	
QUADRO A1 – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA	
Cognome/Nome	
in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)	
del sotto indicato destinatario	0:
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ	0:
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ	
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ Cognome/Nome	
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ Cognome/Nome	 Prov
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ Cognome/Nome	 Prov
DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ Cognome/Nome	 Prov









CAPTel				
Codice Fiscale:				
Indirizzo di posta elettronica				
Stato civile ^{a)} Cittadinanza ^{b)}				
<u>Vedi note</u>				
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				
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 potere usufruire, sulla base della valutazione effettuata dalla UVMD, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Toscana				
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 (barrare) (SI) (NO) di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale (barrare) (SI) (NO) se SI:% 				
- diagnosi principale				
Altre patologie presenti				
Medico di medicina generale (cognome e nome)				

(È 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 con	vivente è la seguente:
Numero persone	di cui con disabilità	/non autosufficienza

QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE (barrare)

(riferita all'abitazione nella quale si realizza il progetto)

Disponibilità di un			Affitto	Mutuo	
alloggio			Usufrutto/ titolo gratuito	Altro	
Collocazione dell'abitazione	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili	
Barriere architettoniche	Assenti	Presenti	Superabili con ausili	Superabili con adeguamenti	

QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE			
 1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta: contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo region contributo per progetto InAut contributo disabilità gravissime contributo SLA contributo Home Care Premium altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo 		(specifica	nre
•altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familia (specificare)		egno alle	funzioni assistenziali,
2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi):	(SI)	(NO)	(barrare)
3) Frequenza centro diurno:	(SI)	(NO)	(barrare)
4) Assistenza domiciliare diretta:	(SI)	(NO)	(barrare)
5) Trasporto sociale:	(SI)	(NO)	(barrare)
6) Inserimento permanente in una struttura residenziale:	(SI)	(NO)	(barrare)
7) Altro servizio pubblico sociosanitario: (specificare	(SI)	(NO)	(barrare)

QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI

1) Attività lavorativa:	Attuale						
COESIONE ITALIA 21-27 TOSCANA	and the same of th	anziato nione euro	pea			Regione Tosca	ar
Pregressa	Altro						
2) Titolo di studio:							
3) Patente di guida:	(SI) (NO)	(barra	re)				
QUADRO G – BISOGNI DI ASSIS Necessita di assistente persona			tà di vita quo	rtidiana:			
CURA DELLA PERSONA: Igiene personale Funzioni fisiologiche Abbigliamento Alimentazione CURA DELLA CASA GESTIONE DEL DENARO ASSUNZIONE MEDICINALI DEAMBULAZIONE SUPERVISIONE DIURNA SUPERVISIONE NOTTURNA	(SI) (SI) (SI) (SI) (SI) (SI) (SI) (SI)	(NO) (NO) (NO) (NO) (NO) (NO) (NO) (NO)	(barrare)				
Attualmente è già in essere un	contratto di la			e persor	nale		
(SI) (NO) Se SI, per quante ore settimana per un totale di €	mensili lordi.	ZIONE ECC	DNOMICA				
di managaina.							
 di percepire: reddito da lavoro reddito da pension invalidità civile indennità di accon altre indennità indennità di frequent 	ne npagnamento enza	(barrare) (barrare)		(SI) (SI) (SI) (SI) (SI)	(NO) (NO) (NO) (NO) (NO)		
 rendita 		(barrare)		(SI)	(NO)		

per un totale di euro









Per quanto sopra specificato,

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di Vita Indipendente di seguito descritto









Frequenza: (numero ore, numero mesi)
Mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria:
Data inizio e data fine:
Specificare tipologia, ente e sede:
Frequenza: (numero ore, numero mesi)
QUADRO L – TIPOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA
QUADRO L - HFOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA
CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO H, SPECIFICARE:
Assistente personale
Numero assistenti
Numero ore settimanali contrattualizzate
Stima spesa media mensile
Fisioterapista
Numero ore settimanali/mensili
Stima spesa media mensile
- Trasporto (barrare scelta):
Pubblico stima spesa media mensile
Privato Sociale stima spesa media mensile
- Attività sportiva
Numero ore settimanali/mensili
Stima spesa media mensile
Stima spesa media mensile:
Ai fini di una corretta e completa valutazione, descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di
mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intendono raggiungere con l'attuazione del
progetto:
Inoltre, sono allegati (specificare il numero e la tipologia):
n° allegati
Tipologia:

QUADRO M - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:
Cognome/Nome
nato/a il Prov
e residente in
Via/P.za n n
CAPTel
Codice Fiscale:
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che
ha emesso l'atto):
DataFirma
OPPURE
QUADRO N - 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/la 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.
ATTESTAZIONE DI PRESA VISIONE (a cura del Soggetto sottoscrittore della domanda) Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso le informazioni fornite sul trattamento dei dati personali, a sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, riportate all'art. 16 dell'Avviso.
Data Firma

^{*} Si prega di allegare copia del documento di identità del diretto interessato o di chi ne fa le veci