



Via/P.za	n.
----------	----

CAP _____ Tel. _____



Cofinanziato
dall'Unione europea



Regione Toscana

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 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

"SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DEL CASENTINO – VI.CA."

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)

Specialista di riferimento (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 convivente 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 alloggio	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		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 regionale
- contributo per progetto InAut
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare)
- 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 per il caregiver familiare (specificare)

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: (SI) (NO) (barrare)
(specificare)

QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI

- 1) Attività lavorativa: Attuale
Pregressa
Altro
- 2) Titolo di studio:
- 3) Patente di guida: (SI) (NO) (barrare)

QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE

Necessita di assistente personale per le seguenti attività di vita quotidiana:

CURA DELLA PERSONA:

- | | | | |
|-----------------------|------|------|----------------|
| Igiene personale | (SI) | (NO) | (barrare) |
| Funzioni fisiologiche | (SI) | (NO) | (barrare) |
| Abbigliamento | | (SI) | (NO) (barrare) |
| Alimentazione | (SI) | (NO) | (barrare) |
| CURA DELLA CASA | (SI) | (NO) | (barrare) |
| GESTIONE DEL DENARO | | (SI) | (NO) (barrare) |
| ASSUNZIONE MEDICINALI | (SI) | (NO) | (barrare) |
| DEAMBULAZIONE | (SI) | (NO) | (barrare) |
| SUPERVISIONE DIURNA | | (SI) | (NO) (barrare) |
| SUPERVISIONE NOTTURNA | (SI) | (NO) | (barrare) |

Attualmente è già in essere un contratto di lavoro con un assistente personale
(SI) (NO) (barrare)

Se SI, per quante ore settimanali: |
per un totale di € mensili lordi.

QUADRO H – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ECONOMICA

- di percepire:

- | | | | |
|--------------------------------|-----------|------|------|
| • reddito da lavoro | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • reddito da pensione | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • invalidità civile | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • indennità di accompagnamento | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • altre indennità | (barrare) | (SI) | (NO) |
| • indennità di frequenza | (barrare) | (SI) | (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
Progetto "SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DEL CASENTINO – VI.CA."

QUADRO I – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

(È possibile barrare uno o più obiettivi)

- ☐ supporto a percorso lavorativo;
- ☐ supporto a percorso formativo;
- ☐ sostegno al ruolo genitoriale;
- ☐ percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- ☐ sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- ☐ supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- ☐ mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorso lavorativo:

Data inizio e data fine:

Ente e sede:

Specificare:

- autonomo, dipendente, pubblico, privato:
- determinato, indeterminato:
- part time/ full time: (numero ore)

Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio:

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Specificare nuova condizione abitativa.....

Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio:

Durata: (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:.....

Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

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

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:

.....

DICHIARA

QUADRO M - 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 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.