



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

### Allegato 4A.1) dell'Avviso

## Sezione 1): Domanda di ammissione – Progetto di “*domiciliarità*” a favore delle persone anziane non autosufficienti.

#### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Cognome _____	Nome _____
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
residente in _____	Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza n.° _____
_____	CAP _____ domiciliato presso _____
_____	CAP _____ tel. _____
_____	cell. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile <sup>1</sup> _____	Indirizzo email _____
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. _____ rilasciatoa _____	
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 _____	

<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.





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

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 ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.**

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

Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_

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

e residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona sociale n. \_\_\_\_\_ 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):

Vista la Deliberazione di Giunta regionale n° 1420 del 27.11.2017 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei Progetti di *domiciliarità* e la Delibera di Giunta Comunale n° 185 del 17.08.2020, con la quale è stato approvato l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "*domiciliarità*" a favore delle persone con disabilità per l'anno 2021 – pubblicato con Determina Dirigenziale n° 98/2021;

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**



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome \_\_\_\_\_ /Cognome \_\_\_\_\_ ), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine

**DICHIARA**

**QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione <sup>3</sup> :
I°						
II°						
III°						

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Con verbale n. \_\_\_\_\_

di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZ**

**QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE**

Di possedere un ISEE del valore ricompreso tra:

- fino ad € 5.000,00
- da € 5.001,00 ad € 10.000,00

<sup>3</sup> trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92<sup>4</sup>





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

- da € 10.001,00 ad € 15.000,00
- da € 15.001,00 ad € 20.000,00

#### 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).*

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 degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, anche sensibili e giudiziari, collegati all'intervento richiesto saranno trattati ai fini dello 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 capofila di NARNI della Zona Sociale n. 11 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente dell'Area Dipartimentale Servizi Finanziari e Servizi Sociali. Il personale impiegato nel percorso del Progetto Vita Indipendente, nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

Data

Firma

**Quadro E: 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).**

**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



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

## Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la "domiciliarità"

Il/la sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della persona anziana non autosufficiente (nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_)

### DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la domiciliarità**:

**I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:**

**II. Condizione attuale:**

■ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda: S NO

■ beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari S 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 familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la "domiciliarità".

S NO

Se SI, per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili.





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**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 familiare nel rispetto della normativa vigente<sup>4</sup>:

S      NO

Generalità dell'assistente familiare (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 \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

**V. Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):**

---

<sup>4</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





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**VI. Costi previsti:**

Assistente familiare:

Stipendio € \_\_\_\_\_

Contributi € \_\_\_\_\_

Totale busta paga mensile € \_\_\_\_\_

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi ) € \_\_\_\_\_

Altri costi totale (specificare)<sup>5</sup>: € \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.). Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell' Avviso.





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**INOLTRE DICHIARA**

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *domiciliarità*.

**INFINE SI IMPEGNA:**

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a 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)





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**Allegati:**

- 1) copia della certificazione ISEE;
  - 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 della persona anziana non autosufficiente.
  - 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
- 
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con persona anziana non autosufficiente).

