

**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale  
per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’**

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. \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Stato civile<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Cittadinanza<sup>5</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. \_\_\_\_\_ rilasciatoo 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 \_\_\_\_\_;

<sup>4</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>5</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.



## QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

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 comunale n° 13/2019 di Approvazione della convenzione con la Regione Umbria per l'attuazione del Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società delle persone con disabilità ai sensi dell'art. 2 e 3 del Decreto direttoriale generale n. 808 del 29 dicembre 2017 e la Determina Dirigenziale n. 374/2021 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 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 persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome /Cognome ), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, 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
1°						
2°						
3°						
4°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 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



## 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.)*

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 GDPR 2016/679 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 Narni capofila di 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 del Servizio 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.

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 persona con disabilità o il/la sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome  
\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della persona con  
disabilità (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 ed autosufficienza personale, 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:

S NO

Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda ) S I N O

Esistenza di un progetto di "vita indipendente" in corso (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):

S NO

- . Svolgimento di un lavoro

S NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

Specificare tipologia contratto \_\_\_\_\_

- . Frequenza di un corso di studio

S NO

Se SI, quale \_\_\_\_\_

Presso

Possesso di patente di guida S NO

Rilasciata da \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_\_\_ ;

Se NO, indicare il mezzo con il abitualmente si sposta



• 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 personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la "vita indipendente".

S NO

<sup>6</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.

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 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 personale nel rispetto della normativa vigente<sup>6</sup>:

S 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>7</sup>:

S NO

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

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>8</sup>:

S NO

Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

<sup>6</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.

<sup>8</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.





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*):

-attività di mobilità personale: \_\_\_\_\_

-attività di cura della persona: \_\_\_\_\_

-attività lavorative: \_\_\_\_\_

-attività scolastiche, universitarie e formative: \_\_\_\_\_

-attività per il tempo libero e l'inclusione sociale: \_\_\_\_\_

-attività di comunicazione: \_\_\_\_\_

Altro, specificare: \_\_\_\_\_



Breve descrizione



- 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 con contratto canone 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 S NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

vani n. \_\_\_\_\_

alter caratteristiche (specificare)

Esterne \_\_\_\_\_

Interne \_\_\_\_\_

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) \_\_\_\_\_



**V. Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:**

- Assistente personale<sup>9</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 di unità immobiliare<sup>10</sup> (totale): € \_\_\_\_\_
- Ausili tecnologici all'autonomia personale<sup>11</sup> (totale): € \_\_\_\_\_
  
- Totale FSE : € \_\_\_\_\_
- Altri costi totale (specificare)<sup>12</sup>: € \_\_\_\_\_

**INOLTRE DICHIARA:**

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente personale**, laddove previsto;
- 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;

<sup>9</sup> A copertura dei costi sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € **1.000,00** mensili.

<sup>10</sup> E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **40%** del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di 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>11</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.

<sup>12</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 *vita Indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche.

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c. 3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

- 
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di "*vita indipendente*";



**INFINE SI IMPEGNA 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)

\_\_\_\_\_

**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 della persona con disabilità.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).

