

MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDIPENDENTE" A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ. FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019 – 2021 – D.P.C.M. 21 NOVEMBRE 2019 – DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2019-2021 – CUP D91H25000030002.

QUADRO A. – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente in _____ Via _____ n. _____
 Codice fiscale _____
 Numero di telefono _____ email _____
 Stato civile _____

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1. – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome e Nome _____
 in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.) _____

 del sotto indicato beneficiario:
 Cognome e Nome _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente in _____ Via _____ n. _____
 Codice fiscale _____
 Numero di telefono _____ email _____
 Stato civile _____

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,

DICHIARA di:

- Possedere un'Invalidità civile SI ☐ |__|__|__| % NO ☐
- Percepire l'indennità di accompagnamento? SI ☐ NO ☐

- Avere la seguente diagnosi sanitaria _____

 (eventuale) di avere altre patologie presenti _____

- che il proprio medico di base è _____
- di svolgere un lavoro SI ☐ NO ☐
- Se SI, quale _____
- di seguire un corso di studio SI ☐ NO ☐
- Se SI, quale _____
- di essere in possesso di patente di guida SI ☐ NO ☐
- Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta _____
- Che la zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto SI ☐ NO ☐
- Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

- di essere in carico presso i servizi territoriali sociali e/o sanitari SI ☐ NO ☐
- Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.). _____

SITUAZIONE LAVORATIVA ED OCCUPAZIONALE

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara:

- ☐ di essere assunto/a in qualità di _____
 presso il seguente datore di lavoro _____
- ☐ tempo determinato
- ☐ tempo indeterminato
- ☐ altro specificare _____
- ☐ di avere in prospettiva, l'assunzione in qualità di _____
 presso il seguente datore di lavoro _____
- ☐ di svolgere o avere in previsione di svolgere attività di stage presso

- ☐ di essere iscritto presso Scuola /Università di _____
 Facoltà /Corso _____ e di frequentare il
 anno di formazione _____
- ☐ di frequentare il corso di formazione professionale di _____
- ☐ altro _____

SCHEDA CONDIZIONE ABITATIVA: (Barrare con una X)

☐ Di proprietà ☐ In affitto: ☐ <i>Pubblico</i> ☐ <i>Privato</i> ☐ Usufrutto ☐ Titolo gratuito ☐ Altro	Piano	Ascensore – Si – No	Presenza di altri familiari con disabilità all'interno dell'abitazione: ☐ Si ☐ No Se si descrivere il tipo di disabilità:
<i>Dislocazione abitazione sul territorio:</i>	Servita (mezzi Pubblici, servizi vari)	Poco servita	Isolata
<i>Barriere architettoniche:</i>	Solo esterne	Solo interne	interne ed esterne

Per il Progetto di Vita Indipendente necessita dei seguenti interventi (scegliere una delle macro aree sotto elencate barrando con una X):

A) ASSISTENTE FAMILIARE O FIGURA SIMILARE ☐

Necessita delle seguenti prestazioni all'interno del Piano Individualizzato di assistenza:

- Assistente familiari o figura assimilata per ore settimanali n.
- Operatore Socio Sanitario (OSS) per ore settimanali n.
- Operatore Socio Assistenziale (OSA) per ore settimanali n.
- Educatore per ore settimanali n.

B) ABITARE IN AUTONOMIA (housing e co-housing sociale) ☐

Specificare per quali attività si richiede il servizio di trasporto sociale:

C) VOUCHER PER SPESE PER IL TRASPORTO SOCIALE ☐

Specificare per quali attività si richiede il servizio di trasporto sociale:

D) ACQUISTO DI UNO SMART HOME ☐

- ☐ SI
- ☐ NO

- **Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:**

- **Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto** (es. *mantenere il posto di lavoro, ridurre il rischio di istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre persone o con il partner, etc.*).

Luogo, Data _____

Firma _____