

Allegato A) dell'Avviso
Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale
per la "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI

| |
|--|
| Cognome _____ Nome _____ |
| nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ |
| Comune afferente l'Ambito Socio-Assistenziale n. 2 Via / P.zza _____ |
| n.° _____ CAP _____ domiciliato presso _____ CAP _____ |
| tel. _____ cell. _____ Indirizzo e-mail _____ |
| Codice Fiscale _____ Stato civile ¹ _____ |
| Cittadinanza ² : <input type="checkbox"/> cittadino italiano; <input type="checkbox"/> cittadino comunitario; <input type="checkbox"/> familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____; <input type="checkbox"/> 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 _____; <input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di rifugiato/ protezione sussidiaria (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____; <input type="checkbox"/> titolare di <i>status</i> di protezione umanitaria _____; |

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

(da compilare solo se necessario)

| |
|--|
| In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____ |
| nato/a il _____ a _____ Prov. _____ |
| e residente nel Comune di _____ 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): _____ |

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

CHIEDE

in qualità di titolare beneficiario di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere il titolare beneficiario (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, alla realizzazione del progetto per la "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità.
A tale fine

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

² 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.

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

| Componente | Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Attività/Lavoro |
|------------|---------|------|-----------|------------------|-----------------|-----------------|
| I° | | | | | | |
| II° | | | | | | |
| III° | | | | | | |

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3 e art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata con verbale n. _____ del (data definizione) data ___/___/___

da _____.

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € _____ (all.1)

DICHIARA INFINE

- 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 Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 La informiamo di quanto segue:

Il Comune di San Marco Argentano capofila dell' Ambito Socio-Assistenziale n.2 e i Comuni di: Cervicati, Fagnano Castello, Malvito, Mongrassano, Mottafollone, Roggiano Gravina, San Donato di Ninea, San Lorenzo del Vallo, San Sosti, Santa Caterina Albanese, Sant'Agata di Esaro, Spezzano Albanese, Tarsia e Terranova da Sibari costituenti l'Ambito Socio-Assistenziale n.2 sono Titolari del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Data _____

Firma _____

Sezione 2): Formulario di progetto personale per la "Vita Indipendente"

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____ in qualità di titolare beneficiario o il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____ in qualità di legale rappresentante del titolare beneficiario (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, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- ASSISTENTE PERSONALE PRESSO IL PROPRIO IL DOMICILIO FAMILIARE
- LABORATORIO DI SPERIMENTAZIONE MANUALE E TECNOLOGICA
- TRASPORTO SOCIALE
- TENNIS DA TAVOLO
- JUDÒ ADATTATTO
- DOMOTICA (AUSILI TECNOLOGICI ALL'AUTONOMIA PERSONALE)

II. **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
SI NO
- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico
SI NO
- Esistenza di un progetto di "Vita Indipendente" in corso SI NO
- Svolgimento di attività lavorativa SI NO

Se SI, quale _____

Specificare tipologia contratto _____

- Frequenza di un corso di studio SI NO

Se SI, quale _____

Presso _____

- Possesso di patente di guida SI NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

Se NO, indicare il mezzo con il quale abitualmente si sposta _____

- beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari SI 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".

SI NO

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 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 vigente³:

SI NO

- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "Vita Indipendente"⁴:
SI NO

Generalità dell'amico/parente (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 _____

- 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*):

a) attività di mobilità personale: _____

b) attività di cura della persona:

c) attività lavorative:

³ 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.

⁴ 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.

d) attività scolastiche, universitarie e formative:

e) attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:

f) attività di comunicazione:

g) Altro, specificare:

▪ 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 (canone mensile 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 | SI | NO |
|--|----|----|

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

▪ Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

INOLTRE DICHIARA:

h) di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;

i) di individuare l'assistente personale, laddove previsto;

j) di rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia, se previsti nel progetto di "Vita Indipendente";

INFINE SI IMPEGNA A:

k) rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____

Firma _____

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 del titolare beneficiario.
- 4) copia del documento di soggiorno in corso di validità o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui il titolare beneficiario sia rappresentato).

PARERE SULLA DETERMINAZIONE

OGGETTO: PROGETTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA'. ANNUALITÀ 2016 - APPROVAZIONE AVVISO E SCHEMA DI DOMANDA PER GLI UTENTI.

UFFICIO I SETTORE

Ai sensi dell'art. 147 bis del TUEL si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e alla correttezza dell'azione amministrativa

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
Patrizia Scarniglia

COMUNE DI SAN MARCO ARGENTANO (CS)

Il sottoscritto Dipendente Comunale Delegato,

ATTESTA

Che la presente determinazione viene affissa in data odierna e per la durata di 15 giorni consecutivi all'Albo Pretorio Comunale. San Marco Argentano, li ___/___/2018

IL DIPENDENTE COMUNALE DELEGATO

Veneranda Mazza

Si certifica che la presente determinazione è stata pubblicata a quest'Albo Pretorio dal giorno ___/___/2018 al giorno ___/___/2018.

San Marco Argentano, li _____

IL DIPENDENTE COMUNALE DELEGATO

Veneranda Mazza

È copia conforme all'originale e si rilascia in carta libera per uso amministrativo e d'ufficio.

IL RESPONSABILE