

Allegato B

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDEPENDENTE" 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 \_\_\_\_\_

**SCHEMA CONDIZIONE ABITATIVA: (Barrare con una X )**

<input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> In affitto: <input type="checkbox"/> Pubblico <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Titolo gratuito <input type="checkbox"/> Altro	Piano	Ascensore – Si – No	Presenza di altri familiari con disabilità all'interno dell'abitazione: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_