



Allegato all'Avviso - A1 domanda individuale

**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 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 _____;

titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attesta-
to, il numero e la data*)
_____;

titolare di *status* di protezione sussidiaria
_____;

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 n. 14 del 22-01-2026 "PR-FSE 2021-2027: Approvazione integrazione degli Accordi di collaborazione ex art. 15 L. 241/90 di cui alla DGR 1404 del 28-12-2023 tra la Regione Umbria e le Zone sociali per l'azione "Inclusione sociale delle persone con disabilità - supporto alla vita indipendente" e la DD n. _____ del _____ "PR-FSE 2021-2027: pubblicazione avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personali per la "Vita Indipendente" a favore delle persone con disabilità in attuazione dell'addendum all'accordo di collaborazione ex Art. 15 della legge 241/1990".

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



Cofinanziato
dall'Unione europea



Regione Umbria



competenti, alla realizzazione/proseguimento 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
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 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.*)

di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente e aver beneficiato di risorse per tale finalità;

di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie con scadenza il _____.

di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie.

di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie prima del termine di scadenza previsto in data _____.

in relazione 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, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune _____ in qualità di titolare e responsabile, 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.

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

<p>di voler <input type="checkbox"/>realizzare <input type="checkbox"/>proseguire [<i>barrare la voce che interessa</i>] il seguente progetto personale per la "vita indipendente":</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 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:

▪ **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 (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):

SI NO

- **Svolgimento o aver svolto un progetto di “vita indipendente” per il quale ai sensi dell’articolo 3 comma 2 dell’avviso è possibile dagli continuità** (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):

SI

NO

- Svolgimento di un lavoro

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.

- **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):

- **Necessità della persona:**



- **utilizzo delle prestazioni lavorative dell'assistente personale sulla base di contratto di lavoro i nel rispetto della normativa vigente;** ³:

SI 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 _____

- 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*):

- 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:

- 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	SI	NO
Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____		
▪ Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____		

▪ Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:		
▪ <u>Assistente personale</u> ⁵ :		
Stipendio € _____		
Contributi € _____		
Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____		
Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____		
▪ <u>Canone di locazione di unità immobiliare</u> ⁶ (totale): € _____		
▪ <u>Ausili tecnologici all'autonomia personale</u> ⁷ (totale): € _____		
▪ <u>Totale</u> : € _____		
▪ <u>Altri costi totale</u> (specificare) ⁸ : € _____		

INOLTRE DICHIARA:

--



Cofinanziato
dall'Unione europea



Regione Umbria



- 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;
- 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).