****

**Allegato n. 4B Format progetto Vita Indipendente**

**Format per la presentazione del Progetto di Vita Indipendente**

**(PR FSE+ 2021-2027)**

D.G.R.T. ha approvato il progetto “………………………………………………………..”

*(da compilare a cura della Società della Salute / Zona distretto)*

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cittadinanza b)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Vedi note*

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**

**QUADRO A1 *–* GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc*.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del sotto indicato destinatario:

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.za\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cittadinanza b)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Vedi note*

**NOTE:**

a) Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a;Separato/a, Convivente.

b) Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n. ……………………… rilasciata alla Questura di ………………........................................ con scadenza il …………………… o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data ……………………….. Rifugiato politico (indicare l’ente che ha rilasciato l’attestato, il numero e la data) …………………………………………………..

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;

**CHIEDE**

di potere usufruire, sulla base della valutazione effettuata dalla UVMD, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR FSE+ 2021-2027, nell’ambito del progetto approvato dalla Regione Toscana …………………………………………………………………………………………………………………..(*indicare il titolo del progetto della Zona distretto proposto alla Regione Toscana).*

A tale scopo

**DICHIARA**

**QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

**-** di essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/92 (barrare) **(SI) (NO)**

- di essere in possesso del riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale (barrare) **(SI) (NO) se SI: ……..%**

- diagnosi principale ………………………………………………………

Altre patologie presenti ……………………………………………………

Medico di medicina generale ……………………………………………… (cognome e nome)

Specialista di riferimento ……………………………………………………. (cognome e nome)

**(*È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra*)**

**QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE**

(nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone ………….. di cui con disabilità/non autosufficienza…………

**QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE** *(barrare)*

(riferita all’abitazione nella quale si realizza il progetto)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Disponibilità di un alloggio** | Proprietà | Affitto | Mutuo |
| ERP | Usufrutto/ titolo gratuito | Altro ……………………. |
| **Collocazione dell’abitazione** | Vicina ai servizi | Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati | Servizi non raggiungibili |
| **Barriere architettoniche** | Assenti | Presenti | Superabili con ausili | Superabili con adeguamenti |

**QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**

1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta:

* contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo regionale
* contributo per progetto InAut
* contributo disabilità gravissime
* contributo SLA
* contributo Home Care Premium
* altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare ……………………....………………………………………)
* altro tipo di titolo/assegno/contributo per l’acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l’assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare

(specificare ……………………………………………………..)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi): **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

3) Frequenza centro diurno: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

4) Assistenza domiciliare diretta: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

5) Trasporto sociale: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

6) Inserimento permanente in una struttura residenziale: **(SI) (NO)** *(barrare)*

7) Altro servizio pubblico sociosanitario: **(SI)** **(NO)** *(barrare)*

 (specificare ……………………….……………………………………….)

**QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI**

1) Attività lavorativa: Attuale …………………………

 Pregressa ……………………….

 Altro …………………………….



2) Titolo di studio: …………………………………..

3) Patente di guida:  **(SI) (NO)** *(barrare)*

**QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE**

Necessita di assistente personale per le seguenti attività di vita quotidiana:

CURA DELLA PERSONA:

Igiene personale **(SI) (NO)** *(barrare)*

Funzioni fisiologiche **(SI) (NO)** *(barrare)*

Abbigliamento **(SI) (NO)** *(barrare)*

Alimentazione **(SI) (NO)** *(barrare)*

CURA DELLA CASA **(SI) (NO)** *(barrare)*

GESTIONE DEL DENARO **(SI) (NO)** *(barrare)*

ASSUNZIONE MEDICINALI **(SI) (NO)** *(barrare)*

DEAMBULAZIONE **(SI) (NO)** *(barrare)*

SUPERVISIONE DIURNA **(SI) (NO)** *(barrare)*

SUPERVISIONE NOTTURNA **(SI) (NO)** *(barrare)*

Attualmente è già in essere un contratto di lavoro con un assistente personale

**(SI)** **(NO)** *(barrare)*

Se SI, per quante ore settimanali: |

per un totale di **€** ………………...mensili lordi.

**QUADRO H – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE ECONOMICA**

- di percepire:

* reddito da lavoro (barrare) **(SI) (NO)**
* reddito da pensione (barrare) **(SI) (NO)**
* invalidità civile (barrare) **(SI) (NO)**
* indennità di accompagnamento (barrare) **(SI) (NO)**
* altre indennità (barrare) **(SI) (NO)**
* indennità di frequenza (barrare) **(SI) (NO)**
* rendita (barrare) **(SI) (NO)**

per un totale di euro …………….



Per quanto sopra specificato,

**RICHIEDE**

**un contributo per il sostegno al proprio progetto di Vita Indipendente di seguito descritto**

**QUADRO I – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**

*(È possibile barrare uno o più obiettivi)*

□ supporto a percorso lavorativo;

□ supporto a percorso formativo;

□ sostegno al ruolo genitoriale;

□ percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;

□ sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;

□ supporto per lo svolgimento di attività sportive;

□ mantenimento e/o potenziamento dell’autonomia motoria.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorso lavorativo:

Data inizio e data fine: ……………….

Ente e sede: …………………………...

Specificare:

- autonomo, dipendente, pubblico, privato: …………………...

- determinato, indeterminato: …………………..

- part time/ full time: …………………… (numero ore)

Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine: ……………….

Specificare tipologia, ente e sede: …………………………...

Frequenza: ………………….. (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile: ……………………..

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli …………………

Età ………………………….. con disabilità (SI) (NO) *(barrare)*

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio: ……………….

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza …………………….

Specificare nuova condizione abitativa…………………………………………….

Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio: ……………….

Durata: ………………….. (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:……………………………………………..

Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine: ……………….

Specificare tipologia, ente e sede: …………………………...

Frequenza: ………………….. (numero ore, numero mesi)

Mantenimento e/o potenziamento dell’autonomia motoria:

Data inizio e data fine: ……………….

Specificare tipologia, ente e sede: …………………………...

Frequenza: ………………….. (numero ore, numero mesi)

**QUADRO L – TIPOLOGIA DI SERVIZI DEL PROGETTO DI VITA**

CON RIFERIMENTO ALL’OBIETTIVO ……………….…………………… INDICATO NEL QUADRO H, SPECIFICARE:

1. Assistente personale

Numero assistenti ………………………………………...

Numero ore settimanali contrattualizzate ………………..

Stima spesa media mensile………………………………..

1. Fisioterapista

Numero ore settimanali/mensili ………………………….

Stima spesa media mensile………………………………..

* Trasporto (barrare scelta):

Pubblico …………………… stima spesa media mensile…………….………

Privato Sociale …………….. stima spesa media mensile…………….………

* Attività sportiva

Numero ore settimanali/mensili ………………………….

Stima spesa media mensile………………………………..

**Stima spesa media mensile**: …………………………..

**Ai fini di una corretta e completa valutazione, descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intendono raggiungere con l’attuazione del progetto:**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Inoltre, sono allegati (*specificare il numero e la tipologia*):

 n° |\_\_\_|\_\_\_| allegati

 Tipologia:

 …………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………

**DICHIARA**

**QUADRO M** - **Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno:**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.za. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Estremi del provvedimento di nomina dell’amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l’atto):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OPPURE**

**QUADRO N - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE 1**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell’identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall’interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del/la 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l’impedimento a sottoscrivere da parte dell’interessato.