



AMBITO TERRITORIALE N 18

per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona

COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

Allegato all'Avviso A2

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 _____ Via/P.zza _____
_____ n.° _____ CAP _____
domiciliato presso _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____
Indirizzo e-mail _____ pec _____

Codice Fiscale _____ Stato civile¹ _____

Cittadinanza²:

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario;
- Familiare extracomunitario di cittadini stranieri, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____
- 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'attestato, il numero e la data) _____
- Titolare di status di protezione sussidiaria _____

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

² Italiana; comunitaria; familiare extracomunitari di cittadino comunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno permanente/ cittadino extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia, esclusi i titolari di visto di breve durata.



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ (da compilare solo se necessario)

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ (in qualità di) _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente in _____ Via _____

Tel _____ Cell. _____

email _____ Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero e soggetto che ha emesso l'atto) _____

Vista la Deliberazione n. 406 del 04/05/2022 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di "vita indipendente" e la DGC n. 117 del 19/05/2022 con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

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 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°						



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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 _____
Con Verbale n. _____

In particolare, di presentare una minorazione:

- Fisica
- Psicica
- Sensoriale

Che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- Stabilizzativa
- Progressiva

Tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui diagnosi principale è

Specificare inoltre se ci sono 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: € _____ (da allegare alla presente)

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 essere beneficiario di altri tipi di progetti e/o contributi economici, _____ (specificare servizio o beneficio economico) _____ con scadenza il _____.
- ° 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 di Casoria 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 persona fisica con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data

Firma



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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
n. _____ del _____

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

Oppure

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

In qualità di legale rappresentante della persona con disabilità

DICHIARA

di voler realizzare proseguire [barrare la voce che interessa] il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

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**:



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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 (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):
SI NO
- Esistenza di un progetto di "*vita indipendente*" in corso (solo per i richiedenti di età superiore a 64anni 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 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.



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

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):

III. Necessità della persona:

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente:

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":

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: _____

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.



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

- 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 _____



AMBITO TERRITORIALE N 18
per la Gestione, in forma associata, del Piano Sociale di Zona
COMUNI DI CASORIA - ARZANO - CASAVATORE

INOLTRE DICHIARA:

- 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.

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c. 3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA

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 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).