



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

## Allegato A

### Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale

### per la vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

#### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome _____	Nome _____
_____	
nato/a il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____	_____
_____ Comune afferente alla Zona Sociale n. 2 Via / P.zza _____	_____
_____ n.° _____ CAP _____	_____
domiciliato presso _____ CAP _____ tel. _____ cell. _____	_____
Indirizzo email _____	_____
Codice Fiscale _____	_____
Stato civile <sup>1</sup> _____	_____
Cittadinanza <sup>2</sup> :	
<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 ( <i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i> ) _____	
_____;	

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

<sup>2</sup> 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.



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

Y titolare di *status* di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_ ;

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'**

*(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): _____ _____	

Visto il DPCM del 21.12.2020, la DGR 981/2021 ,la DGC n. 200/2024, e la D.D. n..... con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente ed inclusione nella società 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.



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

### 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 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: \_\_\_\_\_



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

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 SOCIO - SANITARIO 2024** del valore di: € \_\_\_\_\_ (all.1)

#### DICHIARA INFINE

- Y 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.)*
- Y In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, *ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)*, 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

*"In applicazione dell'art. 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 si informa che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento cui i dati si riferiscono.*

*I dati da Lei forniti saranno trattati dal personale in servizio presso l'U.O. Servizi Sociali, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente istanza sono oggetto di controllo da parte dell'Amministrazione procedente ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.*



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

*Soggetto designato per il trattamento dei dati è il Dirigente dell'U.O. dr.ssa Elisa Granocchia.*

*I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, e Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali e di ottenere la rettifica degli stessi nonché di rivolgersi all'autorità Garante per proporre reclamo.*

Troverà un'informativa completa ed aggiornata all'indirizzo:  
<https://www.comune.perugia.it/pagine/privacy-policy>

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 _____	
esteso)	Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per
Firma	_____



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

## Allegato A

### Sezione 2): - **Formulario di progetto personale per la vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.**

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 realizzare il seguente <b>progetto personale per la "vita indipendente"</b>:</p> <p>I. <b>Obiettivi di vita che si intendono perseguire</b> 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) <b>e indicazione in mesi della durata del progetto:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>II. <b>Condizione attuale:</b></p> <p>▪ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:</p> <p>SI    NO</p>
--



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

▪ Esistenza di un progetto di “vita indipendente” in corso (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 abitualmente si sposta \_\_\_\_\_

▪ **beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari** SI NO

**Se SI**, specificare di quali interventi o di prestazioni si beneficia:

1. assistenza domiciliare, trasporto sociale, centro diurno, altro - modalità e tempi/ore settimanali, assegno assistenza indiretta :

\_\_\_\_\_

▪ 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.



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

III. **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):

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

IV. **Necessità della persona:**

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

Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente3:

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 \_\_\_\_\_

Assunzione con contratto di lavoro di un familiare4: SI NO

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 ricorso a familiari, in fase di avvio del progetto per la "vita indipendente", è autorizzato dai Servizi territorialmente competenti solo in via del tutto eccezionale e transitoria, per un massimo di tre mesi e, la relativa spesa, non si configura quale spesa ammissibile per il Fondo Sociale Europeo.





Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

**Generalità del familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):**

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

Grado \_\_\_\_\_ di parentela \_\_\_\_\_ (qualora esistente) \_\_\_\_\_  
specificare \_\_\_\_\_

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" <sup>5</sup>: 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):

<sup>5</sup> 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.



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

- 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 \_\_\_\_\_

---



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

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) \_\_\_\_\_

---

**V. Costi previsti, con riferimento alla tipologia ammissibile:**

- Assistente personale<sup>6</sup>:  
Stipendio € \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> A copertura dei costi sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

Contributi € \_\_\_\_\_

Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) €

\_\_\_\_\_

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi )

€ \_\_\_\_\_

#### INOLTRE DICHIARA:

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente personale;**
- 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).**



Comune di Perugia



Comune di Corciano



Comune di Torgiano

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)