

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 "Verso l'indipendenza Personale" V.I.P cod. progetto 316707

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

QUADRO A- DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA

Cognome/Nome _____

nato/a il (gg/mm/aaaa) _____ 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 _____ Cittadinanza _____

Vedi note

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____

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

_____ del sotto indicato destinatario:

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA

Cognome/Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

con domicilio (se diverso dalla residenza) in _____

Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di Posta Elettronica _____

Stato civile _____ Cittadinanza _____

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 Verso l'indipendenza Personale V.I.P. 316707

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)

(allegare eventuale documentazione di cui sopra)

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

Necessità 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 e 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:

e. reddito da lavoro	(barrare)	(SI)	(NO)
f. reddito da pensione	(barrare)	(SI)	(NO)
g. invalidità civile	(barrare)	(SI)	(NO)
h. indennità di accompagnamento	(barrare)	(SI)	(NO)
i. altre indennità	(barrare)	(SI)	(NO)
j. indennità di frequenza	(barrare)	(SI)	(NO)
k. rendita	(barrare)	(SI)	(NO)

per un totale di euro

Per quanta 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

(E 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:

Assistente personale

Numero assistenti

Numero ore settimanali contrattualizzate

Stima spesa media mensile.....

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 (gg/mm/aaaa) _____ a _____ Prov _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ 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: _____

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