

## 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 <sup>1</sup>

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.