

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

Allegato A

COMUNE DI _____

Domanda di ammissione

Progetto personale

per la *“vita indipendente Responsabil...Mente”* a favore delle persone con disabilità – anni
2020-2021

Sezione 1)

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 email _____

Codice Fiscale _____

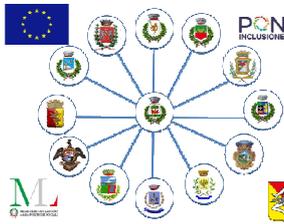
Stato civile¹ _____

Cittadinanza²:

- cittadino italiano;
- cittadino comunitario;
- familiare extracomunitario di cittadini comunitari, 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 _____ di _____ *status* di _____ di _____ protezione _____ sussidiaria _____;

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

² 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.



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITÀ'
(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 _____	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): _____	

Vista la Determinazione U.A.S. n. 441/2024 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, alla valutazione effettuata da parte delle équipes multiprofessionale territorialmente competente, per la realizzazione del progetto per la "vita indipendente", anni 2020-2021.

A tale fine

DICHIARA

DI VOLER PARTECIPARE ALLA STESURA DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO E
DI ACCETTARE LA FIGURA DELL'ASSITENTE PERSONALE CHE SARÀ REGOLARMENTE
CONTRATTUALIZZATO DALLA FAMIGLIA NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE.

Comune di Viagrande Prot. n. 0011680 del 26-07-2024 - arrivo



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

DICHIARA INOLTRE

- Presenza di un assistente personale, già contrattualizzata al momento di presentazione della domanda

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

- **Obiettivi ulteriori:**

AREA 2: **ABITARE IN AUTONOMIA** - Percorsi di abilitazione alla vita autonoma attraverso brevi soggiorni SI NO

AREA 3: **INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE** SI NO

AREA 4: **TRASPORTO SOCIALE** SI NO

AREA 5: **DOMOTICA** SI NO

Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare tipologia e importo preventivo)

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

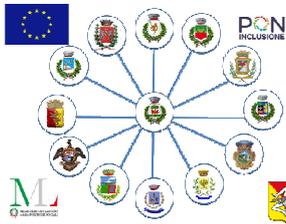
Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						
III°						

CONDIZIONE DI DISABILITA'

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ___ / ___ / ___ da _____. Con verbale n. _____.

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

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:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti _____

Cognome e Nome del medico curante _____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un **ISEE** del valore di: € _____ in corso di validità

- in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattate esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Firma _____

Data _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

Sezione 2)

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 _____)

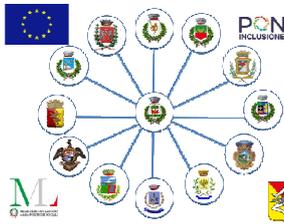
DICHIARA

TIPO	SI	NO
L. 104/1992 art. 3, comma 3		
Invalità civile, sordità civile, cecità civile (specificare anche se con o senza indennità di accompagnamento)	.	
LEGGE 12 marzo 1999, n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”		
Riconoscimento disabilità gravissima ex DM 26 settembre 2016		
Legge 112/2016 DOPO DI NOI		
PATTO DI SERVIZIO ai sensi L.R. 08/17. Art.9		
Altro		

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

I. **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** connessi a lavoro, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo) **e indicazione in mesi della durata del progetto**:

Comune di Viagrande Prot. n. 0011680 del 26-07-2024 - arrivo



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

II. Condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
SI NO

- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo:
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),

III. Necessità della persona:

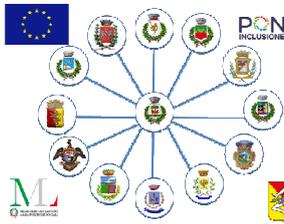
- Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di “*vita indipendente*”:
SI NO

- 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)



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

- 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 _____

■

DICHIARA INOLTRE

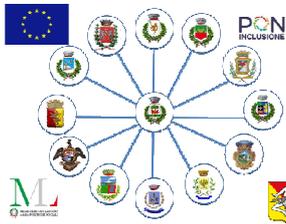
- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente personale da contrattualizzare (p.24 linee guida DPCM del 21/11/2019 pubblicato in GU il 4 febbraio 2020);**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale**, nel rispetto della normativa;
- **di essere consapevole** che la sottoscrizione del progetto di vita indipendente non costituisce obbligo a pretendere alcunché, fino a quando non si definisce la programmazione distrettuale e l'approvazione definitiva del piano con il trasferimento delle somme da parte della Regione siciliana

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata

Firma _____

Data, _____

Firma _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

Allegati:

- 1) copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n.104/92;
- 3) Nei casi di persone disabili rappresentati da terzi, copia del provvedimento di nomina;
- 4) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- 5) Preventivo ausilio "domotica" (se previsto).