



Vedi note

Altre patologie presenti

Medico di medicina generale (cognome e nome)

Specialista di riferimento (cognome e nome)

(E' possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)

QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE (nel quale si realizza il progetto)

- che la composizione del nucleo familiare convivente è la seguente:

Numero persone di cui con disabilità

QUADRO D

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

(barrare) **(NO)**

(SI) a far data dal

RICHIEDE

un contributo per il sostegno al proprio progetto di vita indipendente

QUADRO E – OBIETTIVO/I DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

- ☐ supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo;
- ☐ formazione universitaria, dottorato o master post-laurea;
- ☐ sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti;
- ☐ sostegno al ruolo genitoriale;
- ☐ percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- ☐ accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti);
- ☐ sostegno alle attività quotidiane e domestiche;
- ☐ accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero.

(E' possibile barrare uno o più obiettivi)

Nel caso di più obiettivi progettuali, il punteggio è assegnato all'obiettivo prevalente, intendendo con questo, l'obiettivo sul quale sono allocate le maggiori spese.

CON RIFERIMENTO AL/AI SOLO/I OBIETTIVO/I BARRATO/I, SPECIFICARE:

Supporto a percorsi di start-up di impresa o lavoro autonomo:

Data avvio:

Specificare nome e sede attività

Formazione universitaria, dottorato o master post-laurea:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alla frequenza di corsi di formazione professionale, compresi i tirocini retribuiti professionalizzanti:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli

Età con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Numero settimane di gravidanza

Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine:

Data avvio:

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Se uscita dal nucleo familiare di origine, indicare se housing-cohousing

Accompagnamento al lavoro (per lavoratori dipendenti):

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Sostegno alle attività quotidiane e domestiche:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Accompagnamento per lo svolgimento di attività sportive, associative, di volontariato o per il tempo libero:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

QUADRO F – DURATA DEL PROPRIO PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Indicare numero di mesi per i quali si richiede il contributo

(durata minima 6 mesi; durata massima 12 mesi)

QUADRO G – SPESE PREVISTE E PIANO ECONOMICO MENSILE DI PROGETTO

(Elenco delle spese ammissibili, barrare quelle previste e specificare quanto richiesto)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

☐ Assistente personale/ altra figura professionale

Numero assistenti/ altri professionisti

(se figura professionale, specificare tipologia

Numero ore contrattualizzate

Spesa media mensile

☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale

Spese affitto(indicare importo mensile)

Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)

Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)

☐ Trasporto

Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)

Privato (indicare oggetto e spesa mensile)

Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

☐ Assistente personale/ altra figura professionale

Numero assistenti/ altri professionisti

(se figura professionale, specificare tipologia

Numero ore contrattualizzate

Spesa media mensile

☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale

Spese affitto(indicare importo mensile)

Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)

Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)

☐ Trasporto

Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)

Privato (indicare oggetto e spesa mensile)

Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

CON RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO INDICATO NEL QUADRO E, SPECIFICARE:

☐ Assistente personale/ altra figura professionale

Numero assistenti/ altri professionisti

(se figura professionale, specificare tipologia

Numero ore contrattualizzate

Spesa media mensile

☐ Housing, co-housing, altre forme di abitare sociale

Spese affitto(indicare importo mensile)

Materiale di consumo (indicare oggetto e spesa media mensile)

Utenze (indicare oggetto e spesa media mensile)

☐ Trasporto

Pubblico (indicare oggetto e spesa mensile)

Privato (indicare oggetto e spesa mensile)

Sociale (indicare oggetto e spesa mensile)

La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente personale o di altra figura professionale e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO H – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- ☐ contributo per progetto vita indipendente a valere sul Fondo Sociale Europeo
- ☐ contributo disabilità gravissime
- ☐ contributo SLA
- ☐ contributo Home Care Premium
- ☐ altro contributo a valere sul Fondo Sociale Europeo
- ☐ altro tipo di titolo/assegno/contributo per l'acquisto di servizi, per il sostegno alle funzioni assistenziali, per l'assunzione di un assistente personale o per il caregiver familiare (specificare)

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi):

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale:

(SI) (NO) (barrare)

Ai fini di una corretta e completa valutazione, è possibile descrivere i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto:

Alla presente domanda, sono allegati (specificare il numero e la tipologia):

n° |__| |__| allegati

Tipologia _____

DICHIARA INFINE

QUADRO I - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta dal rappresentante legale:

Cognome/Nome _____

nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za. _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

Estremi del provvedimento di nomina (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Data _____ Firma _____

OPPURE

QUADRO L - 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 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 _____

¹ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.