

Allegato B

MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDIPENDENTE" A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ. FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019 – 2021 – D.P.C.M. 21 NOVEMBRE 2019 – DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2019-2021 – CUP E69I24001230007.

QUADRO A. – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente in _____ Via _____ n. _____
 Codice fiscale _____
 Numero di telefono _____ email _____
 Stato civile _____

In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**QUADRO A1. – GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome e Nome _____
 in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)

 del sotto indicato beneficiario:
 Cognome e Nome _____
 Nato/a a _____ il _____
 Residente in _____ Via _____ n. _____
 Codice fiscale _____
 Numero di telefono _____ email _____
 Stato civile _____

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,

DICHIARA di:

- Possedere un'Invalidità civile SI | | | | % NO
- Percepire l'indennità di accompagnamento? SI NO
- Avere la seguente diagnosi sanitaria _____

(eventuale) di avere altre patologie presenti _____

- che il proprio medico di base è _____

- di svolgere un lavoro SI NO

- Se SI, quale _____

- di seguire un corso di studio SI NO

- Se SI, quale _____

- di essere in possesso di patente di guida SI NO

Se NO, con quale mezzo abitualmente si sposta _____

- Che la zona in cui abita è adeguatamente servita dai mezzi pubblici di trasporto SI NO

- Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

- di essere in carico presso i servizi territoriali sociali e/o sanitari SI NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni beneficia (assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno, specificando modalità e tempi es. ore settimanali di assistenza domiciliare, etc.). _____

Per il Progetto di Vita Indipendente necessita dei seguenti interventi (scegliere una delle macro aree sotto elencate barrando con una X):

A) CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE SPESE PER L'ASSUNZIONE DI ASSISTENTI PERSONALI

Assistente/i personale/i per ore settimanali n. [] (indicare il bisogno sociale)

L'assunzione di assistente/i personale/i avverrà:

- Tramite assunzione diretta sulla base del Contratto Collettivo Nazionale che disciplina il rapporto di lavoro domestico del 13/02/2007 e successive rivalutazioni ISTAT;
- Tramite altri soggetti o enti (es. Cooperative Sociali, Società ecc.) che svolgano attività di servizio alle persone (specificare quale): _____

Attualmente si avvale già dell'aiuto di un assistente personale con spese a suo carico? SI NO

Se SI, per quante ore settimanali: [] ad un costo di € _____ orari lordi, per un totale di € _____ mensili lordi.

Indicare quali eventuali altre persone sono coinvolte nella sua assistenza, anche se non conviventi, chiarendo il rapporto di parentela o relazione, per cosa e quanto tempo l'assiste, evidenziando, se presenti, le problematiche che ne derivano:

B) ABITARE IN AUTONOMIA (housing e co-housing sociale) spese assunzione educatore/OSS

Necessita delle seguenti prestazioni all'interno del Piano Individualizzato di assistenza:

- Educatore Professionale per ore settimanali n. []

○ Operatore Socio Sanitario (OSS) per ore settimanali n. |__|

C) VOUCHER PER SPESE PER IL TRASPORTO SOCIALE

Specificare per quali attività si richiede il servizio di trasporto sociale:

D) ACQUISTO DI UNO DEI SEGUENTI AUSILI/STRUMENTAZIONI DI DOMOTICA:

- Ausili per i trasferimenti: dischi girevoli, asse di trasferimento in plastica;
- Ausili per il bagno: sedili girevoli per vasca, sedie doccia WC, basculanti;
- Rilevatore di ostacoli sonoro e vibrante;
- Tablet e smartphone che permettano la comunicazione tramite videochiamate e messaggi;
- Sensori;
- Bracciali salva vita.

Specificare la tipologia di ausilio/strumentazione (*esempio marca, modello, ecc...*)

– **Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:**

– **Ai fini di una corretta e completa valutazione, è indispensabile descrivere dettagliatamente i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento, cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto** (*es. mantenere il posto di lavoro, ridurre il rischio di istituzionalizzazione, alleviare la famiglia, andare a vivere da solo, con altre persone o con il partner, etc.*).

Luogo, Data _____

Firma _____