

**Allegato A2 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 **“PROGETTI VITA INDIPENDENTE FSE+ FIRENZE”**

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato:**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| 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 <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_

Vedi note

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:**

**QUADRO A1– GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

in qualità di (*Amministratore di sostegno/Tutore*)

\_\_\_\_\_ del sotto indicato destinatario:

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

con domicilio (se diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Stato civile <sup>a)</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>b)</sup> \_\_\_\_\_

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 " **PROGETTI VITA INDIPENDENTE FSE+ FIRENZE**"

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)

**(È possibile allegare eventuale documentazione di cui sopra)**

**QUADRO C – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE**

(inserire il numero complessivo delle persone nel quale si realizza il progetto, compreso il richiedente)

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

Numero persone ..... di cui con disabilità/non autosufficienza.....

**QUADRO D – CONDIZIONE ABITATIVA E AMBIENTALE** (*barrare*)  
(riferita all'abitazione nella quale si realizza il progetto)

<b>Disponibilità di un alloggio</b>	Proprietà		Affitto	Mutuo
	ERP		Usufrutto/ titolo gratuito	Altro .....
<b>Collocazione dell'abitazione</b>	Vicina ai servizi		Servizi raggiungibili con mezzi attrezzati	Servizi non raggiungibili
<b>Barriere architettoniche</b>	Assenti	Presenti	Superabili con ausili	Superabili con adeguamenti

**QUADRO E – PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE**

1) Prestazioni / interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente a valere sul fondo regionale
- contributo per progetto InAut
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- altri contributi a valere sul Fondo Sociale Europeo Plus (specificare .....) )
- 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) Frequenza centro diurno: **(SI)(NO)(barrare)**

4) Assistenza domiciliare diretta: **(SI)(NO)(barrare)**

5) Trasporto sociale: **(SI)(NO)(barrare)**

6) Inserimento permanente in una struttura residenziale: **(SI) (NO)(barrare)**

7) Altro servizio pubblico sociosanitario: **(SI)(NO)(barrare)**  
(specificare .....) )

**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**

Necessita 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 è 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:

• reddito da lavoro	(SI)	(NO)(barrare)
• reddito da pensione	(SI)	(NO)(barrare)
• invalidità civile	(SI)	(NO)(barrare)
• indennità di accompagnamento	(SI)	(NO)(barrare)
• altre indennità	(SI)	(NO)(barrare)
• indennità di frequenza	(SI)	(NO)(barrare)
• rendita	(SI)	(NO)(barrare)

Per un totale di euro ..... (Mensile)

Per quanto 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**

*(È possibile barrare uno o più obiettivi)*

- A.  Supporto a percorso lavorativo;
- B.  Supporto a percorso formativo;
- C.  Sostegno al ruolo genitoriale;
- D.  Percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine;
- E.  Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione;
- F.  Supporto per lo svolgimento di attività sportive;
- G.  Mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria.

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

A. 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)

B. Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile: .....

C. Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli .....

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

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

Data avvio: .....

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza .....

Specificare nuova condizione abitativa.....

E. Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio: .....

Durata: ..... (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:.....

F. Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine: .....

Specificare tipologia, ente e sede: .....

Frequenza: ..... (numero ore, numero mesi)

G. 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 (INDICARE LA RELATIVA LETTERA, ES. A/B/C..., E LA RICHIESTA COMPLESSIVA DEGLI OBIETTIVI SCELTI)..... INDICATO NEL QUADRO I, SPECIFICARE:

Assistente personale (indicare la richiesta complessiva degli obiettivi scelti)

Numero assistenti .....

Numero ore settimanali contrattualizzate .....

Stima spesa media mensile.....

Fisioterapista(indicare la richiesta complessiva degli obiettivi scelti)

Numero ore settimanali/mensili .....

Stima spesa media mensile.....

Trasporto (compilare quello scelto - indicare la richiesta complessiva degli obiettivi scelti)

Pubblico ..... stima spesa media mensile.....

Privato Sociale ..... stima spesa media mensile.....

Attività sportiva(indicare la richiesta complessiva degli obiettivi scelti)

Numero ore settimanali/mensili .....

Stima spesa media mensile.....

**Stima spesa media mensile**(COMPLESSIVA DELLE VOCI SOPRAINDICATE): .....

**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:

.....  
.....

**(Obbligatoriamente allegare documento di identità del diretto interessato/a e del suo Rappresentante Legale, se nominato)**

