

## 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 F89I23001860007.

**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) 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. |\_\_|

**B) VOUCHER PER SPESE PER IL TRASPORTO SOCIALE**

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

---



---



---



---

**C) 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 \_\_\_\_\_