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 poter partecipare all'intervento InAut.

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, non inferiore al 100% (barrare) **(SI)**
(NO)

- diagnosi principale

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 - LISTA ATTESA VITA INDIPENDENTE

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendentea

(barrare) (NO)

(SI) a far data dal

QUADRO E

- 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 F - 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 G - 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 H - 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 F, 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 F, 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 F, 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 I - PRESTAZIONI E SERVIZI DI CUI USUFRUISCE

1) Prestazioni/ interventi domiciliari in forma indiretta:

- contributo per progetto vita indipendente
- contributo disabilità gravissime
- contributo SLA
- contributo Home Care Premium
- 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:

Data _____

Firma _____

OPPURE

QUADRO M - 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.