

**Modulo per la presentazione della domanda  
di partecipazione all'intervento "Indipendenza e Autonomia – InAut"**

(D.G.R.T. 759/2023 “Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente”)

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

## QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

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 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

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

in qualità di *rappresentante legale* del sotto indicato beneficiario:

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

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 poter partecipare all'intervento InAut.

A tale scopo

**DICHIARA****QUADRO B – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE DI SALUTE**

- di essere in possesso della certificazione di disabilità 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**

- 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 <sup>1</sup>

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

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