

DOMANDA DI ACCESSO AL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Il sottoscritto

Cognome/Nome _____
 nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 e residente in _____ Via/P.zza _____ n° _____
 CAP _____ Tel. _____ Cell _____
 Codice Fiscale _____

Per la realizzazione del progetto per la vita indipendente individua 2 delle seguenti tipologie di intervento:

- Assistente personale
 Abitare in autonomia
 Inclusione sociale e relazionale

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Di **NON** usufruire dei seguenti interventi:

- MISURE B1 E B2 per le spese relative alla sola Macro Area ASSISTENTE PERSONALE regolarmente impiegato;
 Progetti di Accompagnamento all'autonomia (DOPO DI NOI);
 Voucher residenzialità con Ente gestore (DOPO DI NOI).

Condizione Sanitaria

Invalidità civile

- SI percentuale % _____
 NO

Indennità di accompagnamento

- SI
 NO

Riconoscimento della condizione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, _____ con _____ decorrenza _____ dal _____

Diagnosi _____

Cognome e nome del medico curante _____

Condizione abitativa

L'abitazione principale è

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto
- Altro _____

Presenta servizi igienici adeguati

- SI
- NO

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali

- Sì Esterne Interne
- No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti – ecc)

- servita
- poco servita
- isolata

Note _____

Situazione Socio Familiare

- Presenza di familiari conviventi
- Assenza di familiari conviventi
- Assenza di altri familiari residenti nel Comune di residenza
- Presenza di altri familiari nel Comune di residenza

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza:

Rapporto parentela	Nominativo	Data nascita	Luogo nascita	Condizione lavorativa*	Problematiche rilevanti**

*Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di:

1- Disoccupato; **2** - Casalinga; **3** - Lavoratore autonomo; **4** - Lavoratore dipendente; **5** - inabile al lavoro; **6** - pensionato; **7** - studente; **8** - altro

Indicare nella colonna "Problematiche rilevanti" con: **A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni; **B** la presenza di familiari con disabilità certificata; **C** la presenza di minori.

Fruizione di servizi ed interventi sociali e/ sanitari

- Centro socio educativo diurno
- Centro sanitario diurno
- Trasporto protetto (costo non compreso nelle rette di frequenza dei servizi)
- ADI
- Servizio di assistenza domiciliare
- Altro _____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di svolgere la seguente attività lavorativa di

- lavoro autonomo
- lavoro dipendente presso _____

Tempo determinato fino al ____/____/____

Tempo indeterminato

- di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso

- di essere iscritto presso la Scuola _____ del Comune di _____ e di frequentare il _____ anno di formazione;

- di essere iscritto presso l'Università di _____

Facoltà / Corso _____ e di frequentare il _____ anno di corso;

- di frequentare il corso di formazione professionale di _____ presso _____

- Altro _____

Descrizione del Progetto di Vita Indipendente

BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE ATTUALE RISPETTO AL CONTESTO DI VITA, SITUAZIONE LAVORATIVA O DI STUDIO

- **Macroarea Abitare in Autonomia** (Indicare se si intende realizzare il proprio progetto di vita indipendente in abitazione di proprietà familiare, affitti con privati, immobile Aler...)

- **Macroarea Inclusione sociale e relazionale** (Indicare gli obiettivi di autonomia che si vogliono perseguire)

Luogo e data

FIRMA

Si allega:

- Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale, in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- Verbale di invalidità civile e attestazione di handicap (ai sensi della legge n. 104/1992) ed adeguata/aggiornata documentazione sanitaria;
- Eventuale contratto di assunzione di assistente familiare;
- Estremi del conto corrente (iban) per versamento del contributo;