

Indirizzo di posta elettronica _____
Stato civile ^{a)} _____ Cittadinanza ^{b)} _____
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, in base alla 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 V.I.M. – Vivo Indipendente-Mente.

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 (specificare se INAIL o INPS: _____) 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)

(Allegare certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, co. 3, L. 104/92)

QUADRO F – ALTRE INFORMAZIONI

1) Attività lavorativa: Attuale
 Progressa
 Altro

2) Titolo di studio:

3) Patente di guida: (SI) (NO) (barrare)

QUADRO G – BISOGNI DI ASSISTENZA PERSONALE

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

per un totale di euro

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)

- supporto a percorso lavorativo
- supporto a percorso formativo
- sostegno al ruolo genitoriale
- percorsi di de-istituzionalizzazione o uscita dal nucleo familiare di origine
- sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione
- supporto per lo svolgimento di attività sportive
- mantenimento e/o potenziamento dell'autonomia motoria

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

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).....

Supporto a percorso formativo:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

Titolo finale conseguibile:

Sostegno al ruolo genitoriale:

Numero figli Età con disabilità (SI) (NO) (barrare)

Convivente (SI) (NO) (barrare)

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

Data avvio (presunta):

Se de-istituzionalizzazione, indicare struttura di provenienza

Specificare nuova condizione abitativa.....

Sviluppo di attività sociali e culturali per l'inclusione:

Data inizio:

Durata: (numero ore, numero mesi)

Tipologia di attività:

Supporto per lo svolgimento di attività sportive:

Data inizio e data fine:

Specificare tipologia, ente e sede:

Frequenza: (numero ore, numero mesi)

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 INDICATO NEL QUADRO I, SPECIFICARE:

(replicare in caso di più obiettivi)

Assistente personale

- Numero assistenti
- Numero ore settimanali contrattualizzate
- Stima spesa media mensile.....

Fisioterapista

- Numero ore settimanali/mensili
- Stima spesa media mensile.....

Trasporto (barrare scelta):

- Pubblico stima spesa media mensile.....
- Privato Sociale stima spesa media mensile.....

Attività sportiva

- Numero ore settimanali/mensili
- Stima spesa media mensile.....

Stima spesa media mensile: _____

DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI VITA

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

- Certificazione L. 104/92 art. 3 co. 3
- Documento identità

È possibile allegare eventuale altra documentazione (specificare)

.....
.....

Data --/--/----- **Firma del richiedente (diretto interessato)** _____

