



www.regione.umbria.it/sociale

Allegato 4A.1) dell'Avviso

Sezione 1): Domanda di ammissione – Progetto di “*domiciliarità*” a favore delle persone anziane non autosufficienti.

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. _____ Via / P.zza n.° _____
 _____ CAP _____ domiciliato presso _____
 _____ CAP _____ tel. _____
 _____ cell. _____ Codice Fiscale _____

Stato civile¹ _____ Indirizzo email _____

Cittadinanza²

cittadino italiano;
 cittadino comunitario;

familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciatoa _____
 con scadenza il _____

cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____
 _____ o in caso di rinnovo con ricevuta di
 presentazione in data _____

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente

² Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.





www.regione.umbria.it/sociale

titolare di *status* di rifugiato (*indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data*)

titolare di *status* di protezione sussidiaria _____ ;

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.

Cognome _____ Nome _____

Grado di parentela _____ specificare _____

In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):

Vista la Deliberazione di Giunta regionale n° 1420 del 27.11.2017 di approvazione dell'atto di indirizzo per la predisposizione dei Progetti di *domiciliarità* e la Delibera di Giunta Comunale n° 185 del 17.08.2020, con la quale è stato approvato l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "*domiciliarità*" a favore delle persone con disabilità per l'anno 2021 – pubblicato con Determina Dirigenziale n° 98/2021;

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 degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del 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



www.regione.umbria.it/sociale

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome _____ /Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione ³ :
I°						
II°						
III°						

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ___/___/___ da _____ Con verbale n. _____

di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal _____ da _____

QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZ

QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE del valore ricompreso tra:

- fino ad € 5.000,00
- da € 5.001,00 ad € 10.000,00

³ trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92⁴





www.regione.umbria.it/sociale

- da € 10.001,00 ad € 15.000,00
- da € 15.001,00 ad € 20.000,00

DICHIARA INFINE

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria).*

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, anche sensibili e giudiziari, collegati all'intervento richiesto saranno trattati ai fini dello svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune capofila di NARNI della Zona Sociale n. 11 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente dell'Area Dipartimentale Servizi Finanziari e Servizi Sociali. Il personale impiegato nel percorso del Progetto Vita Indipendente, nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.





www.regione.umbria.it/sociale

Data

Firma

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE:

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



www.regione.umbria.it/sociale

Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la "domiciliarità"

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ in qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____ in qualità di legale rappresentante della persona anziana non autosufficiente (nome _____ cognome _____)

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la domiciliarità**:

I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:

II. Condizione attuale:

■ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda: S NO

■ beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari S NO

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare),

■ Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la "domiciliarità".

S NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.





www.regione.umbria.it/sociale

III. Obiettivi di prevista evoluzione del progetto connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

IV. Necessità della persona:

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente familiare nel rispetto della normativa vigente⁴:

S **NO**

Generalità dell'assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):
Cognome _____ Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov _____
e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____
CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile _____ Cittadinanza _____

V. Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):

⁴ Tra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l'assunzione dell'assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda





www.regione.umbria.it/sociale

VI. Costi previsti:

Assistente familiare:

Stipendio € _____

Contributi € _____

Totale busta paga mensile € _____

Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____

Altri costi totale (specificare)⁵: € _____

⁵ Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.). Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell' Avviso.





www.regione.umbria.it/sociale

INOLTRE DICHIARA

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *domiciliarità*.

INFINE SI IMPEGNA:

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____ Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 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)





www.regione.umbria.it/sociale

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE;
 - 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio-sanitari e sanitari;
 - 3) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
 - 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
-
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con persona anziana non autosufficiente).

