



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 REGIONALE

- di essere collocato in lista di attesa per il contributo per progetti di vita indipendente di cui alla DGR 1329/2015 e ssmmii **(NO)** (barrare)

(SI) a far data dal

QUADRO E

- di essere beneficiario del contributo a sostegno del proprio progetto InAut:

(NO) (barrare)

(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;
- accompagnamento per attività associative o di volontariato
- altro (specificare)

**(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:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)

Specificare ente e sede:

Accompagnamento per attività associative o di volontariato:

Data avvio:

Durata: (num ore, numero mesi)



Specificare ente e sede:

Altro da specificare:

.....
.....
.....
.....
.....

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

- Numero assistenti
- Numero ore contrattualizzate
- Spesa media mensile

Housing, Cohousing, 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

- Numero assistenti
- Numero ore contrattualizzate
- Spesa media mensile

Housing, Cohousing, 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

- Numero assistenti
- Numero ore contrattualizzate
- Spesa media mensile

Housing, Cohousing, 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 e nella gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente del richiedente.

QUADRO F – 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 un caregiver familiare (specificare

2) Interventi di cui alla L. 112/2016 (cosiddetto Dopo di noi), limitatamente ai servizi di tipo residenziale rientranti nell'ambito B di cui alla DGR 753/2017

(SI) (NO) (barrare)

3) Inserimento permanente in una struttura residenziale;

(SI) (NO) (barrare)



Si ricorda che l'eventuale erogazione del contributo, nel caso in cui la persona risultasse beneficiaria del contributo per l'intervento InAut, è subordinata alla presentazione di formale rinuncia alla fruizione di tali interventi o prestazioni.

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 _____
