

Allegato alla scheda - A1 – Avviso “Vita Indipendente”

Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personali per la “Vita Indipendente” a favore delle persone con disabilità.

Finanziato dal Piano Sviluppo e Coesione della Regione Umbria- 2014-2020 -
Sezione Speciale - Linea di Azione

“Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l’occupabilità”.

CUP:B14H25000070008

Il Comune di Spoleto, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n.9 e in virtù:

- della *Convenzione per la gestione associata dei servizi ed interventi di natura socio-assistenziale e socio-sanitaria* sottoscritta tra i Comuni di Spoleto, Campello sul Clitunno , Castel Ritaldi e Giano dell’Umbria;
- della DGR n. 1079 del 28/09/2017 così come successivamente modificata ed integrata con DGR 1420 del 27/11/2017, con la quale è stata approvata la “Linea Guida” in materia di vita indipendente della persona con disabilità da ora in poi ‘Linea guida’;
- della *“Convenzione per la gestione dei servizi afferenti l’integrazione socio-sanitaria ivi inclusa la gestione del Fondo per la Non Autosufficienza”* tra il Comune capofila di Spoleto e l’Azienda USL n. 2;
- della DGR 434 del 26-04-2023 recante in oggetto “*Accordo di collaborazione ai sensi dell’ art. 15 della Legge 241/90 tra la Regione Umbria e i Comuni Capofila di Zona sociale/Unione dei Comuni per l’attuazione dell’intervento “Potenziamento delle autonomie possibili (sperimentazione di progetti di vita indipendente)” a valere sulla sezione speciale del Piano Sviluppo e Coesione della Regione Umbria (ex delibera CIPESS 27/2021) – azione “Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l’occupabilità”*”;
- dell’accordo di collaborazione ex art. 15 della legge n. 241/1990 s.m.i., sottoscritto tra il Comune di Spoleto e la Regione Umbria in data 29.05.2023, in attuazione della DGR n. 434/2023 ;
- della DGR 110 del 12/02/2025 con la quale è stata approvata l’integrazione al citato accordo di collaborazione di cui alla DGR 434/2023 con risorse a valere sulla sezione speciale del Piano Sviluppo e Coesione della Regione Umbria (ex delibera CIPESS 27/2021) – azione *Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l’occupabilità* ed è stato approvato lo schema di *addendum* integrativo del medesimo accordo.

emana il presente Avviso pubblico di selezione per l’accesso ai benefici concessi per i progetti per la *vita indipendente* a favore delle persone con disabilità.

Art. 1 - Finalità ed obiettivi

- 4) Con riferimento all'assistente personale di cui alla lettera a) del precedente comma 3, la persona con disabilità, prioritariamente, lo sceglie autonomamente ed instaura con esso direttamente un rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. In tal caso la responsabilità della scelta dell'assistente personale e la gestione del relativo rapporto di lavoro (inclusi gli oneri assicurativi e previdenziali), sono esclusivamente a carico della persona con disabilità. **La persona con disabilità può in alternativa anche utilizzare altre forme giuridiche per usufruire delle prestazioni lavorative da parte dell'assistente personale pur sempre nel rispetto della normativa in materia. In ogni caso fra l'assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio, di parentela o affinità entro il secondo grado (linea diretta e collaterale).**
- 5) Il progetto per la *"vita indipendente"* può essere realizzato in un contesto abitativo singolo o *in co-housing* in piccoli gruppi, di massimo tre persone.
- 6) Gli ausili tecnologici all'autonomia personale devono risultare congrui rispetto agli obiettivi, al contenuto e alla realizzazione del progetto di *"vita indipendente"*.
- 7) La durata del progetto per la *"vita indipendente"* non può superare il termine massimo di 18 mesi, decorrenti dalla data di avvio del progetto, così come specificato al successivo art. 6 c. 3 del presente avviso, **ma può avere una durata anche inferiore come laddove è già in corso un progetto di *vita indipendente* ma riconosciuto per una durata inferiore al fine di garantire la durata pari a 18 mesi.**
- 8) Il *"patto per la vita indipendente"*, di cui al successivo art. 5 comma 5, può prevedere la conversione dei servizi ed interventi già in atto e finanziati con risorse diverse da quelle oggetto della presente misura.

Art. 3 Destinatari finali e requisiti di accesso.

- 1) Possono presentare domanda di ammissione per la concessione di contributi per la realizzazione di progetti personali per la *"vita indipendente"* le persone che, alla data di presentazione della stessa, sono in possesso dei seguenti requisiti:
- a) aver compiuto 18 anni di età e non avere un'età superiore a 64 anni, salvo quanto previsto al successivo comma 2;
- b) essere:
- b1. cittadini italiani;
- b2. cittadini comunitari;
- b3. familiari extracomunitari di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente;
- b4. cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata;
- c) 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;
- d) essere residente in uno dei Comuni che afferiscono alla Zona sociale N.9 Umbria (Comuni di Spoleto, Campello sul Clitunno , Castel Ritaldi e Giano dell'Umbria);

- e) essere in accertata condizione di disabilità *ex art. 3 c. 3 e ex art. 4 della legge 104/92*¹
- f) avere un ISEE d'importo pari o inferiore ad Euro 35.000,00 in corso di validità secondo la normativa vigente.
- 2) Possono presentare domanda le persone di età inferiore ai 18 anni, e comunque non inferiore a 16 anni, nell'ipotesi in cui il minore abbia avuta riconosciuta dal proprio Istituto scolastico la possibilità di effettuare uno stage formativo/lavorativo al fine di concludere il percorso scolastico. Possono, altresì, presentare domanda coloro che abbiano **un'età superiore a 64 anni qualora abbiano avuto accesso** ad un progetto personale per la "*vita indipendente*", al fine di dargli continuità.
- 3) **Possono presentare domanda le persone che, in possesso di tutti i requisiti previsti ai precedenti commi, abbiano interrotto il proprio progetto di Vita Indipendente, oppure abbiano un progetto in corso anche al fine di poter garantire la durata massima di 18 mesi così come stabilita dall'art. 2 comma 7, a prescindere dal fatto che i progetti siano stati finanziati con risorse regionali, nazionali e comunitarie (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo PRINA, POR FSE 14-20, PR FSE+21-27, FSC ecc).**
- 4) Possono presentare domanda anche le persone, in possesso di tutti i requisiti previsti ai precedenti commi, ricoverate presso una struttura residenziale solo ai fini del superamento della residenzialità, nei limiti e nei termini previsti dalla Linea guida al punto 5.

Art. 4 - Termini e modalità per la presentazione delle domande.

- 1) La domanda contenente la proposta progettuale per la "*vita indipendente*" e la relativa richiesta di contributo (di seguito "domanda"), deve essere presentata dalla persona con disabilità in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 o da chi la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, con una delle seguenti modalità :
- 1.a) a mano presso l'Ufficio accoglienza/ protocollo del *Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona* del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n.9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) nei seguenti giorni ed orari : lunedì – martedì 8.30-13.00/ giovedì 15.00-17.00;
- 2.a) a mezzo raccomandata a/r al seguente indirizzo: Comune di Spoleto - *Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona*- via San Carlo n.1 - 06049 Spoleto (PG);

¹ Legge 104/1992, Art. 3

1. E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Art. 4

1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'[articolo 3](#), sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'[articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295](#), che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali

3.a) tramite posta elettronica certificata (PEC) secondo le disposizioni vigenti al seguente indirizzo: comune.spoletto@postacert.umbria.it;

Non sono ammissibili le domande presentate con modalità diverse da quelle sopra indicate. Non è ammessa la presentazione di più domande da parte della stessa persona nell'arco di validità del presente avviso. Nel caso di presentazione di più domande sarà istruita la prima validamente ricevuta in ordine di tempo.

2) Ogni domanda deve essere presentata a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sull' Albo pretorio del sito istituzionale del Comune di Spoleto e fino a **lunedì 28 Aprile 2025**. Ai fini dell'osservanza del suddetto termine farà fede:

- a) la data di ricezione dell'ufficio accoglienza/ protocollo del *Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona* del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n._9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) (compatibilmente con gli orari di apertura dello stesso) nel caso di presentazione a mano;
- b) la data del timbro postale di spedizione per gli invii effettuati a mezzo raccomandata a.r.;
- c) la data di avvenuta ricezione per gli invii effettuati a mezzo PEC, attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del DPR 11 febbraio 2005 n. 68;

L'amministrazione comunale non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi postali, dei sistemi informatici, o, comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

3) La domanda deve essere presentata utilizzando la modulistica di cui all'allegato **A2) - Sezione 1 "Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità"** e **Sezione 2 "Formulario di progetto personale per la vita indipendente"**, parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **A2)** devono essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.

4) La domanda per lo svolgimento del progetto per la "vita indipendente" in *co-housing*, deve essere presentata in forma congiunta (massimo 3 richiedenti) utilizzando la modulistica di cui all'allegato **A3)** del presente avviso **Sezione 1 "Domanda di ammissione - Progetti personali per la vita indipendente in co-housing a favore delle persone con disabilità"**, e **Sezione 2 "Formulario di progetto per la vita indipendente in co-housing"**, parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **A3)** devono essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.

5) La domanda deve contenere:

- a) i dati anagrafici della persona con disabilità, e se necessario, di chi la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente nonché i recapiti per le comunicazioni dell'amministrazione (indirizzo postale, numero telefonico e indirizzo e-mail);
- b) dichiarazione di essere cittadini italiani/comunitari/familiari extracomunitari di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente/cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo) esclusi i titolari di visto di breve durata;
- c) dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici ad eccezione dei titolari di *status* di rifugiato o di *status* di protezione sussidiaria;

- d) autocertificazione di accertato handicap che assume connotazione di gravità (ex art. 3 c. 3 e ex art. 4 legge 104/92, L. n. 104/1992);
- e) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- f) dichiarazione in merito allo svolgimento di un precedente progetto di Vita Indipendente finanziato con risorse, regionali, nazionali o comunitarie, eventualmente con indicazione della data di scadenza, se il progetto è in corso, della data di conclusione, anche anticipata, se il progetto è terminato o di interruzione/rinuncia allo stesso.**
- g) progetto personale per la *“vita indipendente”*, recante: i. gli obiettivi di vita che si intendono perseguire quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quelli connessi a: salute, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale; ii. descrizione analitica dello stato in essere e della prevista evoluzione del progetto, accompagnata da coerente ed aggiornata documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di supporto; iii. descrizione delle necessità della persona con disabilità; iv. conseguenti richieste di prestazioni e relativa tempistica di attuazione; v. costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili; vi. dichiarazione da parte della persona con disabilità e/o da chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, di assunzione di responsabilità nell’attuazione del progetto; vii. dichiarazione, da parte della persona con disabilità, o se necessario, da chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, di piena autonomia nell’individuazione dell’assistente personale con il quale si contrarrà un rapporto di lavoro regolare, assumendo i correlati obblighi derivanti dal ruolo di datore di lavoro. Nel progetto di *“vita indipendente”* potranno essere indicati, nei limiti massimo di cui al successivo art. 6 comma 3, ulteriori costi afferenti alla realizzazione dello stesso ma diversi da quelli previsti al successivo art. 7 comma 5, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, spese per self help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche ecc., nonché, ulteriori costi fino ad un massimo di € 400,00 mensili, per particolari e motivate esigenze validate positivamente dall’equipe multidisciplinare competente. I suddetti ulteriori costi sono finanziabili esclusivamente con risorse nazionali regionali e locali.
- 6) Le dichiarazioni, di cui al precedente comma, devono essere rese ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R n. 445/2000 e s.m.i. ed alle stesse deve essere allegata copia di un documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore e, laddove presente, copia del permesso di soggiorno e/o cedolino di rinnovo. La domanda (comprensiva del progetto per la *“vita indipendente”* e della relativa richiesta di contributo) di cui al presente articolo, deve essere compilata in ogni sua parte e sottoscritta ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 a pena di inammissibilità.

Art. 5 - Istruttoria di ammissibilità delle domande, valutazione delle proposte progettuali e patto per la vita indipendente”.

- 1) L’Ufficio di Piano della Zona sociale n. 9 procede all’istruttoria formale delle domande pervenute in base all’ordine cronologico di ricezione delle stesse e fino ad esaurimento delle risorse finanziarie. L’amministrazione comunale si riserva, tuttavia, di istruire le ulteriori domande pervenute solo in caso di accertamento di disponibilità di risorse o di aumento delle dotazioni finanziarie.
- 2) Al termine dell’istruttoria formale avente ad oggetto la verifica dei requisiti di ammissibilità previsti dall’art. 3 e 4 del presente Avviso, ciascuna domanda potrà risultare:
- a) Ammessa a successiva valutazione tecnica;
 - b) Non ammessa con motivazione.

- 3) Qualora la domanda risulti non ammessa ai sensi del comma 2, lett. b) del presente articolo, il provvedimento motivato di non ammissibilità del progetto per la *“vita indipendente”* verrà comunicato all’interessato tramite apposita notifica scritta.
- 4) Le domande risultate ammissibili ai sensi del comma 2 lett. a) del presente avviso sono trasmesse dall’Ufficio di Piano all’Ufficio della cittadinanza territorialmente competente, il quale le sottopone a valutazione tecnica effettuata da un’equipe multidisciplinare attivata dall’assistente sociale che esercita il ruolo di *case manager*, sulla base della scheda S.Va.M.Di. (Scheda per la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità), approvata con DD n. 11332 del 31/12/2014. La valutazione è finalizzata a verificare la coerenza tra gli obiettivi indicati nel progetto per la *“vita indipendente”*, le prestazioni richieste e i tempi previsti per la loro attivazione, anche tenendo conto dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari già in atto. E’ facoltà dell’assistente sociale e/o dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) chiedere integrazioni al progetto presentato qualora lo stesso evidenzi situazioni particolari anche al fine di delineare, di concerto con la persona con disabilità, possibili soluzioni.
- 5) La fase di valutazione tecnica deve concludersi entro un massimo di 60 giorni dalla ricezione della domanda ai sensi del precedente art. 4 c.2 lett. a), b) e c). Il provvedimento contenente l’esito della valutazione e l’eventuale concessione del contributo sarà emanato entro e non oltre i successivi 30 giorni e comunicato tramite apposita notifica scritta, con invito per la persona con disabilità alla sottoscrizione del *“patto per la vita indipendente”* entro e non oltre il termine stabilito nella notifica del provvedimento di concessione a pena di decadenza. Il *“patto per la vita indipendente”* dovrà essere sottoscritto insieme al *case manager* e al referente delegato dal Direttore del Distretto competente, qualora presente, e dovrà contenere l’indicazione della entità del contributo economico concesso, specificando le spese finanziate con le risorse del FSC.

Art. 6 – Dotazione finanziaria, spese ammissibili e ammontare del contributo

- 1) Il presente avviso si colloca all’interno del quadro programmatico del Piano di Sviluppo e Coesione della Regione Umbria Sezione speciale linea di azione: *“Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l’occupabilità”*.
- 2) La Zona sociale n.9 destina per il presente avviso una dotazione finanziaria complessiva di € 128.122,62;
- 3) Il contributo economico concesso per ciascuna proposta progettuale, a valere su risorse di cui ai commi precedenti, non può essere superiore ad Euro 18.000,00 per 18 mesi (durata massima del progetto). Nel caso di durata del progetto inferiore ai 18 mesi, il contributo economico concesso verrà riparametrato in maniera proporzionale.
- 4) Il contributo concesso è riconosciuto al 100% a coloro che possiedono una certificazione ISEE di valore pari o inferiore ad Euro 25.000,00 mentre è riconosciuto al 60% a coloro che possiedono una certificazione ISEE di valore compreso tra Euro 25.001,00 ed Euro 35.000,00.
- 5) Le spese ammissibili ai fini della realizzazione del progetto di *“vita indipendente”* nel rispetto delle norme di gestione applicabili, sono le seguenti:

a) fino ad un massimo di € 1.000,00 mensili lorde (compenso e oneri contributivi) per il costo inerente **le prestazioni lavorative di assistente/i personale/i sulla base di contratto/i di lavoro nel rispetto della normativa vigente;**

a) all'assunzione dell'assistente personale regolarmente contrattualizzato nel rispetto della normativa vigente.

b) fino al 40% del contributo di cui al precedente comma 3 massimo concedibile, e quindi fino ad € 7.200,00 per il contratto di locazione, regolarmente stipulato e registrato, dell'unità immobiliare nella quale è realizzato il progetto per la *"vita indipendente"*, e in caso di *co-housing* per la quota di pertinenza;

c) fino al 30% del contributo di cui al precedente comma 3 massimo concedibile e quindi fino ad € 5.400,00 per gli ausili tecnologici all'autonomia personale.

6) Il *"patto per la vita indipendente"* può essere rimodulato, sulla base della revisione periodica effettuata dall'equipe multidisciplinare attivata dal case manager, con riferimento a modifiche sostanziali e certificate delle condizioni personali o di salute dell'interessato e il contributo concesso può essere rimodulato nei limiti di quanto previsto al precedente comma.

7) Il progetto per la *"vita indipendente"*, finalizzato a favorire la domiciliarità della persona con disabilità, non può prevedere attività indirizzate a sostenere interventi in strutture di accoglienza residenziale o semiresidenziale, fermo restando quanto stabilito dalla Linea guida e le prestazioni sanitarie assicurate dai LEA².

Art. 7 – Modalità e tempi di erogazione del contributo e di rendicontazione

1) La persona con disabilità destinataria dell'intervento, contestualmente alla sottoscrizione del *"patto per la vita indipendente"* o nel termine massimo di 30 giorni dalla sottoscrizione, salvo diversa disposizione, comunica l'avvio del progetto all'assistente sociale Monica Calvani presso il *Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona* del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1, Spoleto (PG) a mano oppure per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica : [vitaindipendente@comune.spoleto.pg.it](mailto:vita indipendente@comune.spoleto.pg.it) presentando, a pena di decadenza, salvo proroga autorizzata dall'Ufficio di Piano dietro motivata richiesta, la documentazione attinente alle tipologie di costi previsti nel progetto per la *"vita indipendente"* come di seguito specificato:

- copia del contratto di lavoro con l'assistente personale e la comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio del rapporto di lavoro;
- copia del contratto di locazione;
- copia del preventivo/ordine relativo agli ausili tecnologici all'autonomia personale.

² DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui

all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

2) Ai fini della **rendicontazione delle spese ammesse nel provvedimento di concessione** e della conseguente erogazione della quota di contributo di cui alle lett. a), b) e c) del precedente art. 6, c. 5), la persona con disabilità o, se necessario, chi, a tali fini, la rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, presenta all'amministrazione comunale (Ufficio di Piano), la seguente documentazione:

a) per il **costo del personale** di cui all'art. 6, comma 5, lett. a):

- contratto di lavoro sottoscritto e comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio di rapporto di lavoro nel rispetto della normativa;
 - cedolino dello stipendio (busta paga) quietanzato e documentazione che attesti che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, in particolare:
 - assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte dell'assistente personale e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);
 - bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);
 - altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico quale ad es. MAV (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti dell'assistente personale e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).
- In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, deve essere altresì specificata, come causale, la mensilità di riferimento della busta paga.

- report/timesheet delle attività svolte dall'assistente personale sottoscritti da quest'ultimo e dalla persona con disabilità o suo legale rappresentante.

a) Per i **costi di locazione** di cui all'art. 6, comma 5, lett. b):

- contratto di locazione debitamente registrato dell'unità immobiliare nella quale è realizzato il progetto personale per la *vita indipendente*, o per la quota di pertinenza in caso di *co-housing*;
- documentazione che attesti l'effettiva quietanza di pagamento e che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, in particolare:
 - assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte del locatore e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);
 - bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);

- altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico, (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti del locatore e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).

In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, deve essere altresì specificata, come causale, la mensilità di riferimento del canone di locazione.

c) Per i **costi di ausili tecnologici all'autonomia personale** di cui all'art. 6, comma 5, lett. c):

- documento giustificativo della spesa, nel rispetto della normativa vigente;

- documentazione che attesti l'effettiva quietanza di pagamento e che il pagamento sia stato effettuato mediante strumenti finanziari tracciabili, nella fattispecie:

- assegni non trasferibili (in questi casi si deve produrre copia dell'assegno bancario/circolare/postale non trasferibile e dell'estratto conto del beneficiario del contributo. Nel caso degli assegni circolari non trasferibili, oltre alla copia dell'assegno, in alternativa alla copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo, possono essere prodotti il documento contabile (quietanza) dal quale si evinca l'incasso/versamento dell'assegno da parte del venditore e ricevuta di emissione dell'assegno circolare da parte del beneficiario del contributo);

- bonifici (in questi casi si deve produrre il dettaglio del bonifico nel quale deve essere riportato il CRO/ID dell'operazione e deve risultare eseguito/pagato o riportare altra dicitura di medesimo significato o ancora in alternativa produrre copia dell'estratto conto del beneficiario del contributo);

- altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico, (in questi casi si deve produrre la documentazione contabile dalla quale si evinca che il pagamento sia stato eseguito nei confronti del venditore e che il soggetto ordinante il pagamento coincida con il beneficiario del contributo; nel caso del bonifico on line, produrre copia dell'estratto conto).

In ogni pagamento effettuato mediante gli strumenti finanziari sopra indicati, devono essere altresì specificati, come causale, gli ausili tecnologici o il numero della fattura di riferimento.

3) Il contributo è erogato secondo le seguenti modalità, salvo diversa e motivata disposizione prevista dal provvedimento di concessione:

a) il 20% del contributo concesso a seguito della presentazione della documentazione di cui al comma 1;

b) il 70 % del contributo concesso a seguito di rendicontazione del 20% di cui alla lett. a);

c) il restante 10% del contributo concesso, previa positiva determinazione da parte dell'Ufficio di Piano, a seguito di rendicontazione analitica di tutte le spese ammissibili sostenute e documentate entro 2 mesi dal termine di conclusione del progetto di *"vita indipendente"*.

Art. 8 - Decadenza, sospensione e revoca del contributo

1) Tutti i requisiti previsti all'art. 3, c. 1 e c. 2 devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

2) Per tutta la durata del progetto è richiesto il mantenimento dei requisiti di cui all'art. 3 comma 1 lett. b) c) e) e f) nonché della residenza in uno dei Comuni della Regione Umbria, pena la decadenza dal contributo a decorrere dalla data della perdita dei suddetti requisiti. Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervenga la perdita dei suddetti requisiti, il destinatario del

contributo dovrà darne comunicazione scritta a all' assistente sociale Monica Calvani presso il *Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona* del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) a mano oppure per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: vitaindipendente@comune.spoleto.pg.it entro 15 giorni.

3) Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto intervengano fatti o eventi che vadano ad incidere sulla realizzabilità del progetto di "*vita indipendente*" l'amministrazione comunale si riserva di disporre la rimodulazione dello stesso o la sua conclusione anticipata. Il destinatario del contributo dovrà darne comunicazione scritta all' assistente sociale Monica Calvani presso il Dipartimento per il benessere e l'innovazione sociale, formazione generale e sportiva per la valorizzazione della persona del Comune di Spoleto capofila di Zona Sociale n. 9 dell'Umbria sito in via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) a mano oppure per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica : vitaindipendente@comune.spoleto.pg.it entro 15 giorni. A decorrere da tale comunicazione, l'amministrazione procederà a rivalutare il progetto nei tempi e modi previsti dal precedente art. 5, eventualmente procedendo alla sospensione del progetto fino all'esito della rivalutazione o disponendone la conclusione anticipata. Il contributo verrà sospeso anche nel caso di ricoveri superiori a un mese e inferiori a tre presso una struttura residenziale o protetta. Qualora la permanenza nella struttura residenziale superi i tre mesi il destinatario dell'intervento decade dal beneficio concesso.

4) Nelle ipotesi di dichiarazione false o mendaci ai sensi dell'art. 74 del D.P.R. 445/2000, relative ai requisiti di cui al comma 1, il contributo sarà revocato e dovranno essere restituite le somme eventualmente già erogate, oltre agli interessi legali.

Nell' ipotesi di cui ai commi 2) e 3) del presente articolo saranno riconosciute al destinatario solo le spese di cui al precedente art. 6 comma 5 lett. a) e b) e c) sostenute e quietanzate fino alla data della decadenza o alla data di conclusione anticipata del progetto.

5) Qualora a seguito di controlli e verifiche effettuate ai sensi del successivo art. 9 saranno riscontrate inadempienze nella realizzazione del progetto e negli adempimenti previsti con il presente avviso l'amministrazione comunale procede alla revoca, totale o parziale, del contributo concesso richiedendo la restituzione delle somme già erogate, oltre agli interessi legali, individuate dal provvedimento di revoca.

Art. 9 - Controlli e verifiche

1) Il Comune di Spoleto, tramite i Servizi/Unità Operative competenti in materia si riserva la facoltà di verificare, in qualsiasi momento, il possesso dei requisiti sopra indicati e dichiarati e di effettuare, ai sensi dall'articolo 71 del DPR n. 445/2000 "*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*", controlli a campione sulla veridicità delle autocertificazioni prodotte nel rispetto della normativa in materia.

2) Sono previste, da parte del Comune di Spoleto capofila della Zona Sociale 9- dalla Regione o di altri soggetti abilitati verifiche e/o controlli *in loco*, anche senza preavviso, sull'attuazione del progetto personale per la "*vita indipendente*" e sulla corretta attuazione dell'azione. In particolare, sarà attentamente valutata la coerenza delle attività effettivamente svolte rispetto a quelle dichiarate nel progetto personale per la "*vita indipendente*".

Art. 10 - Informazioni sul procedimento.

- 1) Ai sensi della L. 241/1990, e s.m. e i. l'unità organizzativa cui sono attribuiti i procedimenti è: Ufficio benessere sociale del Dipartimento 5 del Comune di Spoleto capofila della Zona sociale 9.
- 2) Il Responsabile del procedimento è Dina Bugiantelli Dirigente della Struttura competente per materia del Comune capofila della Zona sociale.
- 3) L'Ufficio presso cui si può prendere visione degli atti del procedimento è l'Ufficio benessere sociale del Dipartimento 5 del Comune di Spoleto capofila della Zona sociale 9- via San Carlo n.1 , Spoleto (PG) – dott.ssa Fabrizia Fava , previo appuntamento da fissare al seguente numero telefonico 0743/218507.
- 4) Il diritto di accesso di cui all'art. 22 della Legge 241/90 e ss. mm. e ii., viene esercitato, con le modalità di cui all'art. n. 25 della citata Legge e del regolamento comunale vigente in materia.

Art. 11 - 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, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Spoleto in qualità di titolare e responsabile. Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla armonizzazione e al blocco dei dati trattati.

Art. 12 - Foro competente

Per qualsiasi controversia inerente l'attuazione del presente Avviso è competente l'Autorità giudiziaria del Foro di Spoleto, in via esclusiva.

Art. 13- Disposizioni finali

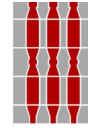
Per quanto non disciplinato dal presente Avviso, si rinvia alla normativa vigente.

La dirigente
(dott.ssa Dina Bugiantelli)

*Documento firmato digitalmente
secondo le indicazioni sulla dematerializzazione ai sensi e per gli effetti
degli articoli 20 e 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 "Codice dell'Amministrazione
Digitale"*

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

Allegati all'Avviso:

A2) - Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità (**Sezione 1**) e Formulario di progetto personale per la vita indipendente (**Sezione 2**).

A3) – Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità *in co-housing* (**Sezione 1**) e Formulario di progetto personale per la "vita indipendente" *in co-housing*. (**Sezione 2**).

Sezione 1: Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

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. _____
Indirizzo _____	email _____
Codice Fiscale _____	
Stato _____	civile ³ _____
Cittadinanza ⁴ :	
<input type="checkbox"/>	cittadino italiano;
<input type="checkbox"/>	cittadino comunitario;
<input type="checkbox"/>	familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____;
<input type="checkbox"/>	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 _____;
<input type="checkbox"/>	titolare di <i>status</i> di rifugiato (<i>indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data</i>) _____;
<input type="checkbox"/>	titolare di <i>status</i> di protezione sussidiaria _____;

³ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

⁴ 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.

QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA'

(da compilare solo se necessario)

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 DGR Umbria 110 del 12.02.2025 di attuazione degli interventi di "vita indipendente" e la DD del comune di Spoleto con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi con i progetti per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

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

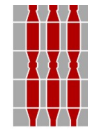
in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/proseguimento del progetto per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						



di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie con scadenza il _____.

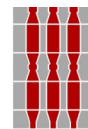
di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie.

di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie prima del termine di scadenza previsto in data _____.

in relazione 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, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Spoleto in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persona fisica con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____



Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità 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 _____

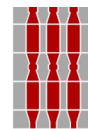
Sezione 2): Formulario di progetto personale per la “vita indipendente”

Il/la sottoscritto/a
 Nome _____ Cognome _____
 _____ in qualità di persona con disabilità o il/la sottoscritto/a
 Nome _____ Cognome _____
 _____ in qualità di legale rappresentante della persona con
 disabilità (nome _____ cognome _____)

DICHIARA

di voler realizzare proseguire [*barrare la voce che interessa*] il seguente **progetto personale per la “vita indipendente”**:

- **Obiettivi di vita che si intendono perseguire** 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) **e indicazione in mesi della durata del progetto:**



▪ **Condizione attuale:**

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

SI NO

- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):

SI NO

- **Svolgimento o aver svolto un progetto di "vita indipendente" per il quale ai sensi dell'articolo 3 comma 2 dell'avviso è possibile dagli continuità** (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):

NO

SI

- Svolgimento di un lavoro

SI NO

Se SI, quale _____
Specificare tipologia contratto _____

- Frequenza di un corso di studio

SI NO

Se SI, quale _____
Presso _____

- Possesso di patente di guida

SI NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

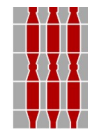
Se NO, indicare il mezzo con il quale si abita abitualmente
sposta _____

- beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari

SI 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 personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della do-



manda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “*vita indipendente*”.

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

- **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):

- **Necessità della persona:**

- **utilizzo delle prestazioni lavorative dell'assistente personale sulla base di contratto di lavoro i nel rispetto della normativa vigente;**⁵:

SI NO

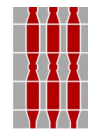
Generalità dell'assistente personale (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

⁵ 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.



CAP _____	tel. _____	Codice _____	Fiscale _____
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di “vita indipendente”⁶: SI NO 			
<u>Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):</u>			
Cognome _____ Nome _____			
nato/a il _____ a _____ Prov. _____			
e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____			
CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (<i>specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto</i>): ▪ attività di mobilità personale: _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attività di cura della persona: _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attività lavorative: _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attività scolastiche, universitarie e formative: _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attività per il tempo libero e l'inclusione sociale: _____ <hr/>			

⁶ Il parente a cui ci si riferisce può essere lo stesso familiare assunto con contratto di lavoro per il periodo successivo ai tre mesi di vigenza del contratto oppure un altro parente diverso da quest'ultimo.

- attività di comunicazione:

- Altro, specificare:

- Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la “vita indipendente”:

Stato _____ Città _____ Via/P.zza _____

vani n. _____ Breve descrizione _____

- Di proprietà (o con mutuo)
- In uso gratuito
- Usufrutto
- In affitto con contratto canone previsto nel contratto € _____
- Altro, specificare _____

Presenza servizi igienici adeguati SI NO

Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi SI NO

Presenza di barriere SI NO

Se SI, specificare:

Esterne _____

Interne _____

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto SI NO

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

- **Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:**
- Assistente personale⁷:

Stipendio € _____
 Contributi € _____
 Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____
 Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____

- Canone di locazione di unità immobiliare⁸ (totale): € _____
- Ausili tecnologici all'autonomia personale⁹ (totale): € _____
- Totale : € _____
- Altri costi totale (specificare)¹⁰: € _____

INOLTRE DICHIARA:

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

INFINE SI IMPEGNA A:

- rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____

Firma _____

⁷ A copertura dei costi (compenso e oneri contributivi) sostenuti per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

⁸ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **40%** del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

⁹ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del **30%** del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

¹⁰ 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 *vita indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche. Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto dall'art. 3, c. 3 dell'Avviso nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

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)	

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE, in corso di validità;
- 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 con disabilità.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).

**Domanda di ammissione - Progetto personale
per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità in
co-housing**

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

NOME _____ COGNOME _____ FIRMA _____

PRESENTANO

le seguenti domande di ammissione e relativi progetti personali per la "vita indipendente" in co-housing:
(n.d.r. Ciascuna persona con disabilità che intenda realizzare il progetto di "vita indipendente" in co-housing deve compilare e sottoscrivere la propria domanda di ammissione e il formulario di progetto sulla base della presente modulistica e presentarla congiuntamente secondo le modalità previste dall'Avviso.)

**Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale
per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità in
co-housing**

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

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. _____	_____
_____	_____
Indirizzo _____	email _____
_____	_____
Codice _____	_____

Fiscale _____

Stato _____ civile¹¹

Cittadinanza¹²:

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ 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 _____;

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 CON DISABILITÀ'

(da compilare solo se necessario)

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):

¹¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

¹² 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.

Vista la DGR Umbria 110 del 12.02.2025 di attuazione degli interventi di “*vita indipendente*” e la DD del comune di Spoleto con la quale è stato pubblicato l’Avviso pubblico di selezione per l’accesso ai benefici concessi con i progetti per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità.

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

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle *équipes* multiprofessionali territorialmente competenti, alla realizzazione/prosecuzione del progetto per la “*vita indipendente*” a favore delle persone con disabilità.

A tale fine

DICHIARA

QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Attività/Lavoro
I°						
II°						
III°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA’

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

In particolare, di presentare una **minorazione**:

- fisica
- psichica
- sensoriale

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- stabilizzata
- progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui **diagnosi principale** è:

Specificare inoltre:

Altre patologie presenti _____


Cognome e Nome del medico curante _____

Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____


QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE


Di _____ possedere un **ISEE** del _____ valore di: € _____ (all.1)


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*).

 di non avere mai realizzato un progetto di Vita indipendente e aver beneficiato di risorse per tale finalità;

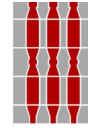
 di avere in corso di svolgimento un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie con scadenza il _____.

 di avere svolto e terminato in data _____ un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie.

 di aver interrotto/rinunciato in data _____ alla realizzazione di un progetto di Vita indipendente a valere su risorse regionali, nazionali o comunitarie prima del termine di scadenza previsto in data _____.

 in relazione 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, saranno trattate esclusivamente per l'espletamento del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Spoleto in qualità di titolare e responsabile, 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.

Data _____



Firma _____

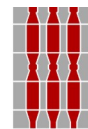
Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona con disabilità in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

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 _____	



Sezione 2): Formulario di progetto personale per la "vita indipendente" in co-housing

Il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____
_____ in qualità di persona con disabilità o il/la sottoscritto/a	
Nome _____	Cognome _____
_____ in qualità di legale rappresentante della persona con	
disabilità (nome _____ cognome _____)	

DICHIARA

di voler realizzare proseguire [barrare la voce che interessa] il seguente **progetto personale per la "vita indipendente"**:

I. Obiettivi di vita che si intendono perseguire 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) **e indicazione in mesi della durata del progetto:**

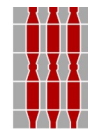
II. Condizione attuale:

- Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

SI NO
- Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo al fine di concludere il proprio percorso scolastico (solo per persone di età inferiore ai 18 anni, ma comunque superiore a 16, al momento di presentazione della domanda):

SI NO
- **Svolgimento o aver svolto un progetto di "vita indipendente" per il quale ai sensi dell'articolo 3 comma 2 dell'avviso è possibile dagli continuità** (solo per i richiedenti di età superiore a 64 anni al momento di presentazione della domanda):

SI NO



▪ Svolgimento di un lavoro SI NO

Se SI, quale _____

Specificare tipologia contratto _____

▪ Frequenza di un corso di studio SI NO

Se SI, quale _____

Presso _____

▪ Possesso di patente di guida SI NO

Rilasciata da _____ data di scadenza _____;

Se NO, indicare il mezzo con il quale abitualmente si
sposta _____

▪ beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari SI 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 personale, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la "vita indipendente".

SI NO

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

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:**

- **utilizzo delle prestazioni lavorative dell'assistente personale sulla base di contratto di lavoro i nel rispetto della normativa vigente ¹³:**

SI NO

Generalità dell'assistente personale (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 _____

- **Presenza di persone amici e/o parenti di supporto nella realizzazione del progetto di "vita indipendente" ¹⁴:**

SI NO

Generalità dell'amico/parente (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

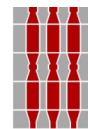
e residente in _____ Via / P.zza _____ n.° _____

CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____

- **Descrizione delle attività per le quali si prevede il supporto dell'assistente personale e/o del familiare, dell'amico o di altro parente (specificare a parte le attività previste per l'assistente personale e la loro eventuale evoluzione durante il periodo di durata del progetto):**

¹³ 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.

¹⁴ Il parente a cui ci si riferisce può essere lo stesso familiare assunto con contratto di lavoro per il periodo successivo ai tre mesi di vigenza del contratto oppure un altro parente diverso da quest'ultimo.



- attività di mobilità personale: _____

- attività di cura della persona:

- attività lavorative:

- attività scolastiche, universitarie e formative:

- attività per il tempo libero e l'inclusione sociale:

- attività di comunicazione:

- Altro, specificare:

▪ Abitazione presso la quale si intende realizzare il proprio progetto per la "vita indipendente":

Stato _____ Città _____ Via/P.zza _____

vani n. _____ Breve descrizione

<input type="checkbox"/>	Di proprietà (o con mutuo)	
<input type="checkbox"/>	In uso gratuito	
<input type="checkbox"/>	Usufrutto	
<input type="checkbox"/>	In affitto con contratto canone previsto nel contratto	€ _____
<input type="checkbox"/>	Altro,	

specificare _____

Presenza servizi igienici adeguati	SI	NO
Presenza di una superficie adeguata al numero di persone conviventi	SI	NO
Presenza di barriere	SI	NO

Se SI, specificare:

Esterne _____

Interne _____

Presenza di un adeguato servizio pubblico di trasporto	SI	NO
--	----	----

Se NO, specificare quali sono le principali problematiche _____

- Ausili tecnologici all'autonomia personale (specificare) _____

V. Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:

- Assistente personale¹⁵:
 Stipendio € _____
 Contributi € _____
 Totale busta paga mensile (durata in mesi del rapporto di lavoro) € _____
 Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____
- Canone di locazione di unità immobiliare¹⁶
- ✓ totale: € _____
- ✓ quota di pertinenza: € _____
- Ausili tecnologici all'autonomia personale¹⁷ (totale): € _____
- Totale : € _____

¹⁵ A copertura dei costi sostenuti (compenso e oneri contributivi) per l'assistente personale può essere riconosciuto un massimo di € 1.000,00 mensili.

¹⁶ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 40% del contributo concesso. La voce comprende i soli costi relativi alla locazione di unità immobiliari a fini residenziali nelle quali sono realizzati progetti di sviluppo della autonomia personale. I costi devono essere sostenuti dai destinatari finali, sulla base di regolare contratto di locazione registrato, nei massimali temporali e di spesa definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi. Non sono in ogni caso ammessi costi relativi a forniture di servizi (utenze energetiche, idriche, telefoniche e di altra natura), spese condominiali, imposte e tasse, ogni altro onere derivante da interventi di riadattamento e ristrutturazione.

¹⁷ E' previsto un rimborso fino ad un massimo del 30% del contributo concesso. La voce comprende i costi relativi all'acquisto di ausili tecnologici nell'ambito di interventi di inclusione sociale rivolti a soggetti con disabilità, nelle caratteristiche e nei massimali di costo definiti dagli specifici avvisi pubblici o provvedimenti istitutivi.

• <u>Altri costi totale</u> (specificare) ¹⁸ : € _____

INOLTRE DICHIARA:

<ul style="list-style-type: none"> - di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto; - di individuare in piena autonomia l'assistente personale, laddove previsto; - di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa, laddove previsto; - di rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia, se previsti nel progetto di <i>vita indipendente</i>. <p style="text-align: center;">INFINE SI IMPEGNA A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendere le comunicazioni previste dall'art. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti;

Data, _____

Firma _____

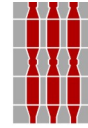
Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

<p>Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra _____ Cognome _____ Nome _____</p> <p>Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) _____</p>

¹⁸ 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 *vita indipendente* quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le spese per il self-help, lavanderia e pulizia, cucina, disbrigo pratiche. Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali salvo quanto previsto ai punti 5 e 16 della "Linea guida in materia di vita indipendente della persona con disabilità" nonché a prestazioni sanitarie assicurate dai LEA.

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Regione Umbria

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE in corso di validità;
- 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 con disabilità.
- 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 disabilità sia rappresentata).