

**PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE**

in attuazione della DGR n. 586/2025

Programmazione degli interventi a valere sulle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2025.

**Al Direttore  
dell'U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza  
Azienda ULSS 1 Dolomiti  
Distretto di \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a (beneficiario) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

chiede di essere ammesso/a alla fruizione del contributo a sostegno del progetto per la Vita Indipendente – **ANNO 2025**

A tal fine presenta il progetto allegato 5a corredato delle informazioni richieste ed allega la seguente documentazione:

1. copia del certificato di Invalidità civile rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili;
2. copia del certificato attestante la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/1992;
3. S.Va.M.Di. Sanitaria (strutture corporee e funzioni corporee) compilata dal Medico di Assistenza Primaria, in corso di validità;
4. Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) per prestazioni socio sanitarie, in corso di validità;
5. fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore;

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_  
Indicare il ruolo se diverso dal beneficiario

SCHEDA PROGETTO - scheda rilevazione situazione socio-familiare - scheda rilevazione condizione abitativa -  
scheda fruizione di servizi ed interventi sociali e/o socio-sanitari;

**ANNO 2025**  
**PROGETTO PERSONALIZZATO**  
**PER LA VITA INDIPENDENTE E L'INCLUSIONE SOCIALE**

| Area   | Bisogni | Azioni/interventi | Costi    |
|--|---------|-------------------|----------|
| Area 1<br>Assistenza personale   |         |                   |          |
|  |         |                   | TOTALE € |
| Area 2<br>Abitare in autonomia<br>(esclusivamente per le persone con disabilità<br>che vivono da sole) |         |                   |          |
|  |         |                   | TOTALE € |
| Area 3<br>Interventi per l'integrazione sociale e<br>relazionale                                       |         |                   |          |
|  |         |                   | TOTALE € |
| <b>TOTALE PROGETTO</b>   |         |                   | <b>€</b> |

Durata del progetto

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,

Il/la sottoscritto/a intende assumere un proprio congiunto alle condizioni previste dall'avviso per la vita indipendente:

SI

NO

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

-

## ALTRE INFORMAZIONI PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA

### 1. Scheda rilevazione SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

Nome e cognome dell'interessato/a \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di:

vivere, di fatto, da solo/a ad esclusione del personale di assistenza

vivere con:

| Rapporto di parentela | Nome e Cognome | Data di nascita | Professione | Comune di residenza | Problematiche rilevanti |
|-----------------------|----------------|-----------------|-------------|---------------------|-------------------------|
|                       |                |                 |             |                     |                         |
|                       |                |                 |             |                     |                         |
|                       |                |                 |             |                     |                         |
|                       |                |                 |             |                     |                         |
|                       |                |                 |             |                     |                         |
|                       |                |                 |             |                     |                         |

Indicare nella colonna 6 problematiche rilevanti con:

A la presenza persone anziane non autosufficienti e/o con malattie degenerative o croniche;

B la presenza di adulti disabili o con patologie degenerative e croniche

C la presenza di minori con necessità di cure particolari

Nella colonna professione va indicata la condizione di: 1. disoccupato; 2 - casalinga; 3 - lavoratore autonomo; 4 - lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 -altro

## 2. Scheda rilevazione CONDIZIONE ABITATIVA

| <b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>  |  |
|--|--|
| <p><b>TITOLO DI GODIMENTO</b> (una sola risposta)</p> <p>Proprietà <input type="checkbox"/></p> <p>Usufrutto <input type="checkbox"/></p> <p>Titolo gratuito <input type="checkbox"/></p> <p>Altro <input type="checkbox"/></p> <hr/>  | <p>In affitto da:</p> <p>Privato <input type="checkbox"/></p> <p>Pubblico <input type="checkbox"/></p> <p>E' in atto lo sfratto esecutivo?    Si <input type="checkbox"/>    no <input type="checkbox"/></p> <p>Altro</p> <hr/> <p>-</p> |
| <p><b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> (una sola risposta)</p> <p><i>Rispetto ai servizi pubblici (es. negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i></p> <p>Servita <input type="checkbox"/></p> <p>Poco servita <input type="checkbox"/></p> <p>Isolata <input type="checkbox"/></p> <p>Note:</p> <hr/> <hr/> |  |
| <p><b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b></p> <p>Assenti <input type="checkbox"/></p> <p>Esterne <input type="checkbox"/></p> <p>Interne <input type="checkbox"/></p> <p>Note:</p>  |  |
| <p>Piano _____</p> <p>Ascensore si    no</p>   |  |

### 3. Scheda FRUIZIONE DI SERVIZI ED INTERVENTI SOCIALI e/o SOCIO SANITARI

| SERVIZI UTILIZZATI              |   |                      |   |
|---------------------------------|---|----------------------|---|
|                                 | Frequenza oraria settimanale<br>(giorni e fasce orarie) |                      | Tipologia di prestazioni  |
| Centro Diurno                   |   |                      |   |
| Strutture residenziali          |   |                      |   |
| SAD                             |   |                      |   |
| SIL                             |   |                      |   |
| Impegnativa di Cura Domiciliare | Servizio  | Contributo Economico | Se servizio dichiarare le prestazioni e le ore<br>Se contributo dichiarare l'ammontare dello stesso su base annua |
| ICDa                            |   |                      |   |
| ICDb                            |   |                      |   |
| ICDp                            |   |                      |   |
| ICDf                            |   |                      |   |
| Altro                           |   |                      |   |

#### 4. SITUAZIONE LAVORATIVA ED OCCUPAZIONALE

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara :

- di essere assunto/a in qualità di \_\_\_\_\_ presso il seguente datore di lavoro

\_\_\_\_\_

tempo determinato           •

tempo indeterminato       •

- di avere in prospettiva, l'assunzione in qualità di \_\_\_\_\_

presso il seguente datore di lavoro \_\_\_\_\_

- di svolgere o avere in previsione di svolgere attività di stage presso \_\_\_\_\_

- di essere iscritto presso Scuola /Università di \_\_\_\_\_

Facoltà /Corso \_\_\_\_\_ e di frequentare il \_\_\_\_\_ anno di formazione

- di frequentare il corso di formazione professionale di \_\_\_\_\_

- altro \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_