

PROGETTO PER LA VITA INDIPENDENTE

in attuazione del decreto n. 15276 del 26.06.2026

Programmazione degli interventi a valere sulle risorse del Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2026.

**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 2026**

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 2026 PROGETTO PERSONALIZZATO PER LA VITA INDIPENDENTE E L'INCLUSIONE SOCIALE			
Area	Bisogni	Azioni/interventi	Costi
Area 1 Assistenza personale			
			TOTALE €
Area 2 Abitare in autonomia (esclusivamente per le persone con disabilità che vivono da sole)			
			TOTALE €
Area 3 Interventi per l'integrazione sociale e relazionale			
NECESSITA' DI ACCOMPAGNATORE PER SOGGIORNI/VACANZE SI ☐ NO ☐			TOTALE €
TOTALE PROGETTO			€

Durata del progetto

Dal _____ al _____,

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara che NON intende assumere un proprio congiunto o affine per la propria l'assistenza alla persona di cui all'area 1 del presente Bando per la Vita Indipendente 2026

Note: _____

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

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

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

SERVIZI UTILIZZATI			
	Frequenza oraria settimanale (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 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
