



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

ALLEGATO B

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO PER IL PRO.V.I.
DOPO DI NOI**

*Il presente allegato è composto di n. 5 (cinque) pagg.,
inclusa la presente copertina.*




**REGIONE
PUGLIA**
**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**
SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI
**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO PER IL PROGETTO
DI VITA INDIPENDENTE DEL DOPO DI NOI**

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Cognome e Nome _____	
Nato/a _____	prov. _____ il _____
e residente in _____ prov. _____	
via/p.zza _____ n. _____	
CAP _____	Tel. _____
Codice fiscale:	
Stato civile _____	cittadinanza _____
Estremi del documento di identità: tipo _____ n. _____	

QUADRO B - COMPOSIZIONE DEL NUCLEO IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE (alla data di presentazione della domanda)	
☐	persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori e di altre figure parentali di supporto (fratelli/sorelle, coniugi e figli)
☐	persona con disabilità grave con genitori entrambi ultra65enni e mancante di altre figure parentali di supporto (fratelli/sorelle, coniugi e figli)
☐	persona con disabilità grave, inserita in strutture residenziali
☐	persona con disabilità grave con nucleo familiare "fragile" (specificare) _____

QUADRO C - INFORMAZIONI SULL'ABITAZIONE IN CUI VIVE IL RICHIEDENTE	
L'abitazione principale è situata in: via/p.zza _____ n. _____	
Num. vani _____ (al netto dei servizi)	
Presenta servizi igienici adeguati ☐ Sì ☐ No	
Presenta barriere fisiche e/o sensoriali: ☐ Sì (esterne e /o interne) ☐ No	





**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

QUADRO D – SITUAZIONE INDIVIDUALE E REDDITUALE DEL RICHIEDENTE

- ☐ persone con disabilità motoria
☐ persone con disabilità sensoriali
☐ persone con disabilità intellettive e psichiche

Riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap in data
 __/__/__ con verbale n. _____ rilasciato da _____
 _____, come persona con handicap in situazione di gravità ai
 sensi del comma 3 dell'art.3 della legge n. 104/1992

Diagnosi principale _____

Altre patologie

presenti _____

Invalidità civile

☐ Sì ____ %

☐ No

Indennità di accompagnamento

☐ Sì

☐ No

ISEE SOCIO-SANITARIO ristretto di valore: € _____

Codice Fiscale dichiarante DSU

: _____

Data Attestazione Isee: _____

Numero protocollo attestazione: INPS-ISEE-XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Attività lavorativa:

☐ Sì, quale _____

☐ No

Corso di studio in atto:

☐ Sì, quale _____

☐ No

QUADRO D- PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE DOPO DI NOI

Beneficiario Pro.v.l. linea C (Interventi innovativi e sperimentali nell'ambito del co-housing sociale)

☐ Sì

☐ No

Se Sì data scadenza

____/____/____





**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

Tipologia di riferimento del PRO.V.I. Dopo di noi proposto:

- ☐ interventi innovativi e sperimentali nell'ambito del proprio contesto abitativo (presso il proprio domicilio di origine);
- ☐ interventi innovativi e sperimentali a sostegno di soggiorni temporanei per garantire il progressivo distacco dalla famiglia, in contesto alloggiativo diverso da quello di origine che riproduca le condizioni abitative e relazionali della casa familiare
- ☐ deistituzionalizzazione e supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (Co-housing)
- ☐ in continuità con il Pro.V.I. linea C ex Avviso Pubblico
- ☐ Altro _____

Breve descrizione del progetto specificandone gli obiettivi di vita autonoma e i servizi e le prestazioni che si intendono richiedere oltre che i risultati attesi e/o gli obiettivi di mantenimento/cambiamento e/o di evoluzione che si intende raggiungere con l'attuazione del progetto (max 500 caratteri)

Si rinvia all'Allegato C per il dettaglio della composizione del PRO.V.I. Dopo Di NOI

QUADRO E- DICHIARAZIONI

Il richiedente dichiara di non essere beneficiario del contributo del Pro.v.i. linea A e B ex Avviso Pubblico 671/2016 e del contributo dell'Assegno di cura

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 il/la sottoscritto/a, è consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000)

Luogo e data, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)



**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI****SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI**

Il sottoscritto autorizza, al trattamento dei dati personali, consapevole che i dati conferiti ai fini della partecipazione al presente Avviso sono raccolti e trattati nell'ambito del relativo procedimento amministrativo nel rispetto dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 del 25.05.2018.

DATA**FIRMA**



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

**ALLEGATO C
FORMULARIO DEL PRO.V.I. DOPO DI NOI**

Il sottoscritto _____
 Nato/a _____ prov. _____ il ____/____/_____
 e residente in _____ prov. _____
 via/p.zza _____ n. _____
 CAP _____ Tel. _____
 COD. FISC.: |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

ai fini della domanda per ottenere il contributo per la vita indipendente intende presentare progetto di vita indipendente per il Dopo di Noi definisce i seguenti OGGETTIVI:

- ☐ interventi innovativi e sperimentali nell'ambito del proprio contesto abitativo (presso il proprio domicilio);
- ☐ interventi innovativi e sperimentali a Sostegno alla permanenza temporanea in contesti alloggiativo diverso da quello di origine che riproduca le condizioni abitative e relazionali della casa familiare
- ☐ deistituzionalizzazione e supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare
- ☐ in continuità con il Pro.v.i linea C ex Avviso Pubblico
- ☐ Altro _____

DESCRIZIONE DEL PRO.V.I. DOPO DI NOI

1. Breve descrizione della situazione attuale rispetto al contesto di vita



**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI****SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI****2. Breve descrizione degli obiettivi di autonomia che si intendono perseguire****3. Descrizione della soluzione alloggiativa:**☐ abitazione di origine:☐ abitazione diversa da quella di origine☐ co-housing



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

☐ gruppo appartamento

3. Caratteristiche dell'assistenza personale richiesta ²:

(specificare l'impiego orario, giornaliero e settimanale, previsto per la figura di assistente personale, la forma di contrattualizzazione della persona interessata, il profilo professionale richiesto, le principali mansioni affidatele)

4. Spese previste per :

8. spese per acquisto di ausili domotici per l'ambiente domestico e per acquisto di ausili tecnologici innovativi per favorire la connettività (max 20% del totale del costo del progetto);
9. spese per arredi adattati per la propria abitazione (max 10% del totale del costo del progetto)
10. spese per il canone di locazione (max 25% del totale del costo del progetto);
11. spese per ristrutturazione e abbattimento barriere architettoniche (max 20% del totale del costo del progetto);
12. spese per fidejussione bancaria (solo se richiesto anticipo del contributo);

² Si evidenzia che per la figura dell'assistenza personale continuativa la spesa è ammissibile solo in presenza di formalizzazione di un contratto di lavoro e che non abbia vincoli di parentela entro il 2° grado con il beneficiario e sarà periodicamente oggetto di monitoraggio e verifica rispetto alla effettiva funzionalità e piena operatività della figura in relazione alla attuazione degli obiettivi del PRO.V.I..





**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI

13. spese per favorire la mobilità, riferito solo ad acquisto di servizi (trasporto pubblico, trasporto a domanda, trasporto sociale).

7. Tempi (distribuzione nel corso della giornata-tipo e nella settimana/ indicazione della durata annua)

La durata del progetto è di:

B. Risorse finanziarie

Dettaglio delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del Progetto:

a. spese per acquisto di ausili informatici

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.

b. spese per acquisto di ausili domotici per l'ambiente domestico

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.

c. spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale e per i relativi oneri contributivi (vincolante per min 50% e max 70% del totale costo del progetto);

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.



**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI****SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI****d. spesa per acquisto di servizi di trasporto a domanda**

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.

e. spese per arredi adattati

_____	€.
_____	€.
_____	€.

f. spese per il canone di locazione

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.

g. spese per ristrutturazione e abbattimento barriere architettoniche

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.

f. spese per fidejussione bancaria (solo se richiesto anticipo del contributo);

_____	€.
_____	€.
_____	€.
_____	€.



**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI****SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE RETI SOCIALI**

Luogo e data, _____

IN FEDE
(Firma del richiedente)