

## Avviso pubblico di selezione per la realizzazione di progetti personali per la “Vita indipendente e l’inclusione sociale” delle persone con disabilità

Finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con DDG n. 41/276 del 21/10/2016 così come recepito dalla Regione Umbria con DGR n. 1225 del 03/11/2016 e con DGR n. 1301 del 14/11/2016 recante in oggetto: “Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttore Generale n. 41/276 del 21 ottobre 2016. Presentazione del progetto regionale “Vita indipendente”. Proposta di adesione.” - CUP: 69D16000610005.

Il Comune di Città di Castello, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale 1 e in virtù:

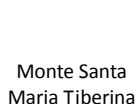
- della Convenzione, ai sensi dell’art. 30 del D.Lgs. 267/2000, per la gestione associata delle funzioni, servizi e interventi sociali della Zona Sociale 1, stipulata tra i Comuni di Citerna, Città di Castello, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino e Umbertide (Rep. n. 1981 del 12.01.2017), sottoscritta digitalmente in data 13/02/2017;
- della DGR n. 1301 del 14 novembre 2016, recante in oggetto: “Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttore Generale n. 41/276 del 21 ottobre 2016. Presentazione del progetto regionale “Vita indipendente”. Proposta di adesione.”
- della DGR n. 1079 del 28 settembre 2017 e s.m.i con la quale è stata approvata la “Linea Guida” in materia di vita indipendente della persona con disabilità;
- della DGR n. 88 del 1° febbraio 2018 n. 88 recante “Approvazione definitiva del Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione sociale nella società delle persone con disabilità ai sensi dell’art. 2 e 3 del Decreto Direttore Generale n. 41/276 del 21 ottobre 2016” e degli schemi di Convenzione per la sua attuazione. Determinazioni”
- della Convenzione tra la Regione Umbria e il Comune di Città di Castello per l’attuazione del progetto “Vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità” ai sensi del DDG n. 41/276 del 21/10/2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

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

### Art. 1 - Finalità ed obiettivi

- 1) Vita indipendente significa, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere con piena consapevolezza, assumendosi la responsabilità delle proprie scelte nel perseguire, alla pari con gli altri, la propria autonomia possibile. A tale scopo, occorre far sì che le “*persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e che non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione*” e che, inoltre, “*abbiano*

1



accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società". Il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali sanciti dalla Convenzione ONU mira infatti a garantire alle persone con disabilità pari dignità ed eguaglianza con gli altri attraverso la piena inclusione della persona all'interno della società, la sua centralità e l'accrescimento della consapevolezza (*empowerment*) in relazione alle proprie scelte.

- 2) Il percorso per la *vita indipendente* è rivolto allo sviluppo progressivo dell'autonomia della persona destinataria dell'intervento; ha natura flessibile ed adattiva in corso di realizzazione, in ragione delle capacità, potenzialità e necessità ed in adesione al principio della massima personalizzazione della risposta.

## Art. 2 - Oggetto dell'intervento, tipologia e durata

- 1) Il progetto per la "*vita Indipendente*" garantisce l'autodeterminazione, la promozione della massima autonomia possibile e dell'empowerment nelle persone con disabilità attraverso la realizzazione di un percorso assistenziale ad impatto possibilmente decrescente attraverso l'utilizzo di soluzioni personalizzate definite sulla base delle caratteristiche di ogni singolo richiedente. Il progetto, in quanto teso a garantire il pieno sostegno nell'intero percorso di vita per l'inclusione sociale della persona con disabilità, è condiviso con i soggetti istituzionalmente preposti, anche al fine di organizzare i servizi e le prestazioni da attivare in modalità complementare a quelli già attivati.
- 2) Il progetto per la "*vita indipendente*" che verrà approvato nei modi e nei termini stabiliti al successivo art. 5 del presente avviso, e comunque a seguito di valutazione multidimensionale, dovrà definire almeno:
  - a) gli obiettivi da perseguire;
  - b) le attività da svolgere;
  - c) gli interventi e le prestazioni da finanziare, con le risorse di cui al presente avviso, nei limiti di quelle eligibili ed eventualmente con le altre risorse nazionali, regionali o locali. Le azioni dovranno garantire quanto più possibile la "*vita indipendente*" e la piena inclusione sociale delle persone con disabilità.
- 3) Il contributo per la realizzazione del progetto di "*vita indipendente*", nella misura individuata dal successivo art. 6, è concesso, anche alternativamente, per:
  - a) l'assunzione di assistente/i personale/i regolarmente contrattualizzato/i nel rispetto della normativa vigente;
  - b) spese relative ad azioni attinenti all'area dell' "*abitare in autonomia*" (assunzione di personale, contratto di locazione, bollette etc.);
  - c) spese relative ad azioni attinenti all'area dell' "*inclusione sociale e relazionale*" (assunzione di personale, attrezzature didattiche, sportive, *tablet* o altro materiale informatico, locazione aule o spazi, attività ricreative, etc.);
  - d) spese relative a servizi di trasporto sociale;
  - e) spese relative all'acquisto di ausili tecnologici all'autonomia personale.
- 4) In riferimento all'assunzione di assistenti personali, di cui alla lettera a) del precedente comma 3, la persona con disabilità sceglie autonomamente il personale ed è tenuto ad instaurare direttamente con esso un rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. 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. 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). E' ammesso, in fase di avvio, per un massimo di tre mesi, fare ricorso a familiari, ed instaurare direttamente con essi un rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. Tuttavia, i relativi costi non trovano copertura finanziaria con le risorse di cui al presente avviso.

- 5) Il progetto per la "vita indipendente" può essere realizzato in un contesto abitativo singolo o in *co-housing* in piccoli gruppi, di massimo cinque persone.
- 6) Le spese di cui alle lettere a), b), c), d) e e) del precedente comma 3 devono risultare congrue 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 12 mesi, decorrenti dalla data di avvio del progetto, così come specificato al successivo art. 6 comma 3 del presente avviso.
- 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 1;
  - e) essere in accertata condizione di disabilità *ex art. 3 comma 3* e *ex art. 4 della legge 104/92*<sup>1</sup>;

<sup>1</sup> 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

- f) avere un ISEE (socio-sanitario) d'importo pari o inferiore a Euro 20.000,00 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" ed esso sia ancora in corso, al fine di dargli continuità.
- 3) 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" in materia di vita indipendente della persona con disabilità, al punto 5 (DGR n. 1079/2017).

#### 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:
- a) a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente;
- b) a mezzo raccomandata a/r all'indirizzo del Comune di residenza del richiedente:
- Comune di Città di Castello: P.zza V. Gabriotti 1, 06012 Città di Castello (Pg);
  - Comune di Citerna: Corso Giuseppe Garibaldi, snc - 06010 Citerna (Pg);
  - Comune di Lisciano Niccone: P.zza della Repubblica, 3 - 06060 Lisciano Niccone (Pg);
  - Comune di MSM Tiberina: Via Santa Croce, 12 - 06010 Monte Santa Maria Tiberina (Pg);
  - Comune di Montone: P.zza Fortebraccio, 3 - 06014 Montone (Pg);
  - Comune di Pietralunga: P.zza Fiorucci, 1 - 06026 Pietralunga (Pg);
  - Comune di San Giustino: P.zza del Municipio, 17 - 06016 San Giustino (Pg);
  - Comune di Umbertide: P.zza Matteotti, 1 - 06019 (Pg);
- c) tramite posta elettronica certificata (PEC) secondo le disposizioni vigenti all'indirizzo del Comune di residenza del richiedente:
- Comune di Città di Castello: [comune.cittadicastello@postacert.umbria.it](mailto:comune.cittadicastello@postacert.umbria.it);
  - Comune di Citerna: [comune.citerna@postacert.umbria.it](mailto:comune.citerna@postacert.umbria.it);
  - Comune di Lisciano Niccone: [comune.liscianoniccone@postacert.umbria.it](mailto:comune.liscianoniccone@postacert.umbria.it);
  - Comune di Monte Santa Maria Tiberina: [comune.montesantamariatiberina@postacert.umbria.it](mailto:comune.montesantamariatiberina@postacert.umbria.it);
  - Comune di Montone: [comune.montone@postacert.umbria.it](mailto:comune.montone@postacert.umbria.it);
  - Comune di Pietralunga: [comune.pietralunga@postacert.umbria.it](mailto:comune.pietralunga@postacert.umbria.it);
  - Comune di San Giustino: [comune.sangiustino@postacert.umbria.it](mailto:comune.sangiustino@postacert.umbria.it);
  - Comune di Umbertide: [comune.umbertide@postacert.umbria.it](mailto:comune.umbertide@postacert.umbria.it).

---

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.

- 2) 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.
- 3) Le domande possono essere presentate a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul sito informatico istituzionale (Albo Pretorio on-line) del Comune di Città di Castello - capofila della Zona Sociale 1 e, pertanto, **dal 28/02/2018 fino ad esaurimento delle risorse finanziarie e, comunque, non oltre il 31 luglio 2018**. Ai fini dell'osservanza del suddetto termine farà fede:
- la data di ricezione dell'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del richiedente (compatibilmente con gli orari di apertura dello stesso) nel caso di presentazione a mano;
  - la data del timbro postale di spedizione per gli invii effettuati a mezzo raccomandata a.r.;
  - 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 di forza maggiore.
- 4) La domanda deve essere presentata utilizzando la modulistica di cui all'allegato **A) - Sezione 1** "Domanda di ammissione - Progetto personale per la vita indipendente a favore delle persone con disabilità"; **Sezione 2** "Formulario di progetto personale per la vita indipendente", parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **A)** devono essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.
- 5) La domanda per lo svolgimento del progetto per la "vita indipendente" in *co-housing*, deve essere presentata in forma congiunta (massimo 5 richiedenti) utilizzando la modulistica di cui all'allegato **B) - Sezione 1** "Domanda di ammissione - Progetti personali per la vita indipendente in *co-housing* a favore delle persone con disabilità"; **Sezione 2** "Formulario di progetto per la vita indipendente in *co-housing*", parte integrante e sostanziale del presente avviso. Entrambe le sezioni dell'allegato **B)** devono essere compilate in ogni loro parte secondo le indicazioni contenute nei rispettivi modelli, accompagnate dalla documentazione richiesta e debitamente sottoscritte.
- 6) La domanda deve contenere:
- 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);
  - 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;
  - dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici ad eccezione dei titolari di status di rifugiato o di status di protezione sussidiaria;
  - autocertificazione di accertato handicap che assume connotazione di gravità (ex art. 3 c. 3 e ex art. 4 legge 104/92, Legge 104/1992);
  - certificazione ISEE (socio-sanitario) in corso di validità ai sensi della normativa vigente;

- f) 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.
- 7) Le dichiarazioni, di cui al precedente comma, devono essere rese ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 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 DPR 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 1 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 30 giorni dalla ricezione della domanda ai sensi del precedente art. 4 c. 3 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 di cui al presente Avviso.

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

- 1) Il presente avviso si colloca all'interno del quadro programmatico delle Linee Guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con DDG n. 41/276 del 21/10/2016 così come recepito dalla Regione Umbria con DGR n. 1225 del 03/11/2016 e con DGR n. 1301 del 14/11/2016 recante in oggetto: "Progetto sperimentale in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttore Generale n. 41/276 del 21 ottobre 2016. Presentazione del progetto regionale "Vita indipendente". Proposta di adesione."
- 2) La Zona Sociale 1 destina per il presente avviso una dotazione finanziaria complessiva di € 90.000,00.
- 3) Il contributo economico concesso per ciascuna proposta progettuale, a valere su risorse di cui ai commi precedenti, non può essere superiore ad Euro 12.000,00 per 12 mesi (durata massima del progetto). Nel caso di durata del progetto inferiore ai 12 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 20.000,00.
- 5) Le spese ammissibili ai fini della realizzazione del progetto di "vita indipendente" di cui al presente avviso, nelle rispetto delle norme di gestione applicabili, sono le seguenti:
  - a) fino ad un massimo di € 1.000,00 mensili lorde per il costo inerente all'assunzione dell'assistente personale regolarmente contrattualizzato nel rispetto della normativa vigente;
  - b) fino al 20% del contributo massimo concedibile, di cui al precedente comma 3, e quindi fino ad € 2.400,00, per spese relative ad azioni attinenti all'area dell'*abitare in autonomia* (assunzione di personale, contratto di locazione regolarmente stipulato e registrato, bollette, etc.) e in caso di *co-housing* per la quota di pertinenza;
  - c) fino al 10% del contributo massimo concedibile, di cui al precedente comma 3, e quindi fino ad € 1.200,00, per spese relative ad azioni attinenti all'area dell'*inclusione sociale e relazionale* (assunzione di personale, attrezzature didattiche, sportive, *tablet* o altro materiale informatico, locazione aule o spazi, attività ricreative, etc.);
  - d) fino al 5% del contributo massimo concedibile, di cui al precedente comma 3, e quindi fino ad € 600,00 per spese relative a servizi di trasporto sociale;

- e) fino al 5% del contributo massimo concedibile, di cui al precedente comma 3, e quindi fino ad € 600,00 per spese relative all'acquisto di ausili tecnologici all'autonomia personale.
- 6) Il “*patto per la vita indipendente*” può essere rimodulato, 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 dalle *Linee guida* e le prestazioni sanitarie assicurate dai LEA<sup>2</sup>.

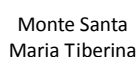
### Art. 7 - Modalità e tempi di erogazione del contributo e di rendicontazione

- 1) La persona con disabilità destinataria dell'intervento, entro 20 giorni dalla sottoscrizione del “*patto per la vita indipendente*”, comunica l'avvio del progetto all'Ufficio di Piano della Zona Sociale 1, con una delle seguenti modalità:
- a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Città di Castello;
  - a mezzo raccomandata a/r all'indirizzo del Comune capofila: P.zza V. Gabriotti 1, 06012 Città di Castello (Pg);
  - tramite posta elettronica certificata (PEC) secondo le disposizioni vigenti all'indirizzo del Comune capofila: [comune.cittadicastello@postacert.umbria.it](mailto:comune.cittadicastello@postacert.umbria.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 sottoscritto con l'assistente personale e/o con altro personale e la comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio del rapporto di lavoro;
  - copia del contratto/i di locazione regolarmente stipulato/i e registrato/i;
  - copia del preventivo/ordine relativo agli ausili tecnologici all'autonomia personale, attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico;
  - copia del preventivo/ordine relativo a servizi di trasporto sociale e/o attività ricreative.
- 2) Ai fini della rendicontazione delle spese ammesse nel provvedimento di concessione e della conseguente erogazione della quota di contributo di cui alle lettere a), b), c), d), e) del precedente art. 6, comma 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, lettere a), b), c):
- 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, cioè assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico;

2

1.1 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*

8





- report/timesheet delle attività svolte dall'assistente personale sottoscritti da quest'ultimo e dalla persona con disabilità o suo legale rappresentante.
  - b) Per i **costi di locazione** di cui all'art. 6, comma 5, lettere b), c):
    - 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, cioè assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico.
  - c) Per i **costi di ausili tecnologici all'autonomia personale, attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico**, di cui all'art. 6, comma 5, lettere c), e):
    - 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, cioè assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico.
  - d) Per i **costi di servizi di trasporto sociale e/o attività ricreative**, di cui all'art. 6, comma 5, lettere c), d):
    - 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, cioè assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico.
- 3) Il contributo è erogato secondo le seguenti modalità, salvo diversa disposizione prevista dal provvedimento di concessione:
- a) prima tranche: pari al 40% del contributo concesso, a seguito della presentazione della documentazione di cui al comma 1;
  - b) seconda tranche: pari al 40% del contributo concesso, a seguito della presentazione della documentazione di cui al comma 1;
  - c) il restante 20% 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 1 mese 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 all'Ufficio di Piano della Zona Sociale 1, entro 15 giorni con una delle seguenti modalità:
  - a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Città di Castello;
  - a mezzo raccomandata a/r all'indirizzo del Comune capofila: P.zza V. Gabriotti 1, 06012 Città di Castello (Pg);

- tramite posta elettronica certificata (PEC) secondo le disposizioni vigenti all'indirizzo del Comune capofila: [comune.cittadicastello@postacert.umbria.it](mailto:comune.cittadicastello@postacert.umbria.it);

- 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'Ufficio di Piano della Zona Sociale 1, entro 15 giorni, con le medesime modalità di cui al precedente comma. 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. Il contributo verrà sospeso anche nel caso di ricoveri superiori a tre mesi e inferiori a sei presso una struttura residenziale o protetta. Qualora la permanenza nella struttura residenziale superi i sei 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 quietanzate sostenute fino al mese precedente la data della decadenza o la data di conclusione anticipata del progetto per i costi di cui al precedente art. 6 comma 5 lett. a) e b);
- le spese quietanzate sostenute fino alla data della decadenza o la data di conclusione anticipata del progetto per i costi di cui al precedente art. 6 comma 5 lett. c).

- 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 Città di Castello, capofila della Zona sociale 1, 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 Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1, della Regione o di altri soggetti abilitati a 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.i. l'unità organizzativa cui sono attribuiti i procedimenti è l'Ufficio di Piano della Zona Sociale 1.
- 2) Il Responsabile del procedimento è la Dr.ssa Giuliana Zerbato Dirigente della Struttura competente per materia del Comune capofila della Zona Sociale 1.

- 3) L'Ufficio presso cui si può prendere visione degli atti del procedimento è l'Ufficio di Piano della Zona Sociale 1.
- 4) Il diritto di accesso di cui all'art. 22 della Legge 241/90 e ss. mm. e ii., viene esercitato, mediante esame ed estrazione di copia di documenti amministrativi con le modalità di cui all'art. 25 della citata Legge e del vigente Regolamento del Comune di Città di Castello ai sensi della L.241/1990.

### **Art. 11 - Trattamento dei dati personali**

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione comunale venga in possesso in occasione del presente procedimento verranno trattati nel rispetto dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ss.mm.ii "Codice in materia di protezione dei dati personali". E, comunque, ai sensi del medesimo D.lgs. si informa che i dati personali forniti saranno utilizzati nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ente per l'espletamento del procedimento in esame e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il loro conferimento è obbligatorio, pena l'esclusione dal procedimento stesso. I dati forniti potranno essere oggetto di comunicazione ai competenti organi dell'Unione Europea, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e della Regione Umbria, nonché ad altri soggetti pubblici o privati, previsti dalle norme di legge o di regolamento, per lo svolgimento delle rispettive attività istituzionali.

Potranno esercitarsi i diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Dr.ssa Giuliana Zerbato.

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, i richiedenti autorizzano il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.

### **Art. 12 - Foro competente**

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

### **Art. 13 - Disposizioni finali**

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

#### **Allegati:**

**A)** - 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**).

**B)** - 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 *cohousing*. (**Sezione 2**).

**Il Dirigente Settore Politiche Sociali  
Comune di Città di Castello  
Capofila Zona Sociale 1  
Dr.ssa Giuliana Zerbato**

**Allegato A) dell'Avviso**  
**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 1, Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ domiciliato presso \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_  
Cittadinanza:  
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 1, 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 n. 1301 del 14/11/2016 di approvazione della proposta di sperimentazione del modello di intervento in materia di "vita indipendente" delle persone con disabilità e la DGC n. 34 del 26/02/2018 con la quale è stato approvato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi per 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 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
------------	---------	------	-----------	------------------	-----------------	-----------------

13



Monte Santa  
Maria Tiberina



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 \_\_\_\_\_.

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 (socio-sanitario)** 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.)*

In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1, è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Dr.ssa Giuliana Zerbato. Il personale impiegato nel percorso del Progetto "vita indipendente", nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del 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 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
  
- Esistenza di un progetto di "*vita indipendente*" in corso (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 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:**

---

---

---

---

---

---

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente: 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 \_\_\_\_\_

- Assunzione con contratto di lavoro di un familiare: SI NO

Generalità del familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Grado di parentela (qualora esistente) \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_  
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”:

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):

- 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 \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

V. **Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:**

- Assistente personale:
  - 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 immobiliare (totale): € \_\_\_\_\_
- Ausili tecnologici all'autonomia personale (totale): € \_\_\_\_\_
- attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico, attività ricreative, etc. (totale): € \_\_\_\_\_
- Servizio di trasporto sociale: (totale): € \_\_\_\_\_
- Altri costi (specificare): € \_\_\_\_\_
- Totale: € \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

**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).**

# ZONA SOCIALE 1

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).

Allegato 3B) dell'Avviso  
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.)*

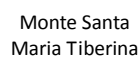


## Sezione 1): Domanda di ammissione - Progetto personale per la "vita indipendente" a favore delle persone con disabilità in co-housing

### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Comune afferente la Zona Sociale 1, Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ domiciliato presso \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_  
Cittadinanza:  
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 \_\_\_\_\_;

25



## 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 1, 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 n. 1301 del 14/11/2016 di approvazione della proposta di sperimentazione del modello di intervento in materia di "vita indipendente" delle persone con disabilità e la DGC n. 34 del 26/02/2018 con la quale è stato approvato l'Avviso pubblico di selezione per l'accesso ai benefici concessi per 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 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 \_\_\_\_\_.

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

27



Monte Santa  
Maria Tiberina



Di possedere un **ISEE socio-sanitario** 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).*

In relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale 1, è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Drssa Giuliana Zerbato. Il personale impiegato nel percorso del progetto "vita indipendente", nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.



# ZONA SOCIALE 1

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:

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



Monte Santa  
Maria Tiberina



## 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 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

- Esistenza di un progetto di “*vita indipendente*” in corso (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 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:**

---

---

---

---

---

---

- Assunzione con contratto di lavoro dell'assistente personale nel rispetto della normativa vigente: 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 \_\_\_\_\_

- Assunzione con contratto di lavoro di un familiare: SI NO

Generalità del familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Grado di parentela (qualora esistente) \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_  
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”:  
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*):

- 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 \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

V. **Costi previsti, con riferimento alle tipologie ammissibili:**

- Assistente personale:

Stipendio € \_\_\_\_\_

Contributi € \_\_\_\_\_

## ZONA SOCIALE 1

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 immobiliare
  - ✓ totale: € \_\_\_\_\_
  - ✓ quota di pertinenza: € \_\_\_\_\_
- Ausili tecnologici all'autonomia personale (totale): € \_\_\_\_\_
- attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico, attività ricreative, etc. (totale): € \_\_\_\_\_
- Servizio di trasporto sociale: (totale): € \_\_\_\_\_
- Altri costi (specificare): € \_\_\_\_\_
- Totale: € \_\_\_\_\_

### 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 IMPEGANA A:

- 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).**

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.
- 5) copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona con disabilità sia rappresentata).