



[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

**All. 1 Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la “domiciliarità”**

Il/la sottoscritto/a  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in  
 qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la sottoscritto/a  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in  
 qualità di legale rappresentante della persona anziana non autosufficiente (nome \_\_\_\_\_)

**DICHIARA**

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la domiciliarità:**

**I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Condizione attuale:**

vero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:

SI NO

fficio 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),

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “domiciliarità”.

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 familiare nel rispetto della normativa vigente<sup>5</sup>:

SI      NO

Generalità dell’assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Tra l’assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l’assunzione dell’assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.





Regione Umbria



**INVESTIAMO NEL TUO FUTURO**

[www.regione.umbria.it/sociale](http://www.regione.umbria.it/sociale)

e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

Stato civile<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**V. Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):**

**VI. Costi previsti:**

- Assistente familiare:
  - Stipendio € \_\_\_\_\_
  - Contributi € \_\_\_\_\_
  - Totale busta paga mensile € \_\_\_\_\_
  - Costo totale (totale buste paga per durata in mesi ) € \_\_\_\_\_
- Altri costi totale (specificare)<sup>6</sup>: € \_\_\_\_\_

**INOLTRE DICHIARA**

<sup>6</sup> Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.).

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell'Avviso.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Comune di Collazzone



Comune di Deruta



Comune di Fratta Todina



Comune di Marsciano



Comune di Massa Martana



Comune di Monte Castello di Vibio



Comune di San Venanzo



Comune di Todi



**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 \_\_\_\_\_  
 Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)  
 \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- 1) copia della certificazione ISEE;
- 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 anziana non autosufficiente.
- 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 persona anziana non autosufficiente).

