

**ISTANZA PER L'ACCESSO ALLA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI DI VITA
INDIPENDENTE PER L'AUTONOMIA PERSONALE E L'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON
DISABILITA' – Fondo 2019**

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole della responsabilità penale cui
può andare in contro in caso di falsa dichiarazione o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28
dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a _____ il _____
di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____
in via _____ n. _____ cap. _____ codice fiscale
_____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC (se presente) _____.

In qualità di beneficiario /familiare delegato o di rappresentante legale (specificare) _____

SOGGETTO BENEFICIARIO

(Da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Signor/a _____ nato/a il _____ a _____ di essere
attualmente residente in provincia di _____ comune di _____
in via _____ n. _____ cap. _____ codice fiscale
_____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC (se presente) _____.

CHIEDE

Di essere ammesso alla realizzazione di Progetti personalizzati nelle seguenti macro aree (Max 2) :

- Assistente Personale
- Abitare in Autonomia
- Inclusione sociale e relazionale
- Trasporto sociale
- Domotica

dichiarando, sotto la propria responsabilità che:

Quadro A – composizione del nucleo familiare anagrafico (elencare tutti i componenti del nucleo familiare conviventi)

Cognome	Nome	Relazione di parentela	Luogo di nascita	Data di nascita	Attività/lavoro	Certificazione L. 104/92

Quadro B – Condizione di disabilità

Dichiara di essere in possesso di attestazione di disabilità in situazione di gravità L. 104/92 art. 3, rilasciata in data _____/_____/_____ ad

In particolare, di presentare una condizione di disabilità:

- Fisica
- Psicica
- Sensoriale

Dichiara di:

- Percepire benefici economici legati alla condizione di disabilità, per un ammontare pari ad € _____, _____ specificare il tipo di beneficio _____ (es. indennità, accompagnamento, etc);
- Non percepire nessun tipo di beneficio economico legato alla condizione di disabilità;

Inoltre dichiara che la condizione di disabilità NON è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e che tale condizione di disabilità è di natura:

- Stabilizzata
- Progressiva

Quadro C – Condizione familiare

- Presenza della rete familiare o informale sufficiente a rispondere ai bisogni quotidiani e di relazione;

Nucleo familiare non in grado di assicurare un sostegno adeguato perché inesistente o incapace in quanto:

- anziani ultra 65 anni;
- familiari conviventi in condizioni di salute precarie;
- presenza di più disabili nel medesimo nucleo;
- familiari assenti per motivazioni varie (lavoro residenza);
- Assenza della rete familiare o informale.

Quadro D – Condizione abitativa e ambientale

- Di proprietà;
- In usufrutto gratuito;
- In locazione;
- Casa di edilizia pubblica/popolare;
- Sfratto esecutivo

Si terrà conto prioritariamente di :

- alloggio che presenta barriere architettoniche;
- alloggio inadeguato per carenze igienico strutturali;
- alloggio allocato in periferia, nelle contrade limitrofe e non servito da mezzi pubblici idonei.
- Non presenta barriere architettoniche;

Quadro E – Situazione reddituale

- ISEE _____ (il reddito non costituisce elemento determinante per l’accesso all’intervento, ma nel caso in cui le richieste dovessero risultare eccedenti le risorse economiche disponibili, si terrà conto dell’ISEE più basso).

Quadro f – Dichiarazioni aggiuntive

Il Sottoscritto dichiara di:

- Non avere in corso progetti quali Dopo di Noi, Home Care Premium , ecc.;
- Avere in corso di svolgimento servizi/interventi quali Dopo di Noi, Home Care Premium, ecc.;

Alla presente istanza si allegano, a pena di esclusione, i seguenti documenti:

- *Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedete e del beneficiario;*
- *Modello ISEE in corso di validità;*
- *Certificazione L. 104/92 art.3;*

Dati utili per l’erogazione del contributo:

il codice IBAN bancario è il seguente:

Paese	Chek	Ci n	ABI	CAB	N. CONTO

In caso di approvazione del progetto, il/la sottoscritto/a:

- si impegna a consentire agli operatori dei Servizi sociali del Distretto Socio Sanitario 44 del Comune di residenza il monitoraggio sull’effettivo sviluppo e concretizzazione del proprio progetto;

- si impegna presentare, con le modalità concordate con il servizio sociale la documentazione giustificativa delle spese sostenute nel mese precedente, debitamente quietenzate;
- si impegna a concludere la rendicontazione entro e non oltre i tempi previsti dal progetto. Nell'eventualità di impedimenti avviserà per iscritto, entro lo stesso termine, indicando le motivazioni che hanno determinato l'impossibilità a rispettare la scadenza o il parziale utilizzo del finanziamento assegnato, cui farà seguito una verifica con gli operatori sociali per una valutazione ed eventuale ridefinizione del progetto (ridimensionamento o chiusura);
- è consapevole che il mancato rispetto della rendicontazione economica e l'attuazione difforme del progetto comportano l'interruzione del finanziamento.

Luogo e data _____

Firma _____