

**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 \_\_\_\_\_