

ALLEGATO - "MODELLO DI DOMANDA"

Al Settore Politiche Sociali
Del Comune di Catanzaro

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA "SPERIMENTAZIONE DEL
MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E
INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ - ANNUALITA' 2018"**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____

il ____ / ____ / ____ residente a _____

via _____ n. _____

c.f. _____

tel. _____ cell. _____

email _____

PEC _____

in qualità di

Beneficiario diretto

oppure: (barrare la voce che ricorre)

Familiare

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

Di (nome e cognome)

nato/a _____ prov. _____

il ____ / ____ / ____ residente a _____

via _____ n. _____

c.f. _____

tel. _____ cell. _____

email _____

PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso alla *“Sperimentazione del modello di intervento in materia di Vita Indipendente e inclusione delle persone con disabilità – annualità 2018”*

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. che il/la sig./sig.ra _____ è in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza in uno dei Comuni afferenti, e precisamente _____;
- Età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti;
- Possesso di certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104, art. 3 comma 3;

2. che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			

3. di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

ALL'UOPO RICHIEDE

- un sostegno economico destinato alla realizzazione del Progetto per la Vita Indipendente attraverso assistente personale;
- di voler usufruire di parte del contributo per progetto di abitazione in autonomia o fuoruscita dalla istituzionalizzazione;
- un contributo per azioni di inclusione sociale e relazionale;
- azioni di formazione.

Secondo quanto contenuto nel relativo Avviso Pubblico.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico emanato dall'Ambito.
- di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- di essere a conoscenza che l'Ente erogatore, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- di essere a conoscenza che possono essere richieste riserva integrazioni alla presente domanda.

SI ALLEGANO:

1. certificato rilasciato ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 del destinatario;
2. certificazione ISEE o DSU in corso di validità del Nucleo Familiare.
3. copia documento d'identità in corso di validità del beneficiario e di colui che presenta l'istanza;
4. altro (specificare)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

altre patologie, se presenti:

- Cognome e Nome del medico curante _____
- Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

Descrizione della condizione attuale di vita:

➤ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda:
 SI NO

➤ Svolgimento di uno *stage* formativo/lavorativo:
 SI NO

➤ Esistenza di un progetto di “vita indipendente” in corso:
 SI NO

➤ Svolgimento di un lavoro:
 SI NO

Se SI, quale _____

Specificare tipologia contratto _____

➤ Frequenza di un corso di studio:
 SI NO

Presso _____

➤ Possesso di patente di guida:
 SI NO

Se SI, 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

Descrizione della condizione di disabilità e del livello di autonomia personale anche in relazione al contesto familiare e ambientale:

Descrizione delle motivazioni che spingono la persona con disabilità a voler attuare un percorso di Vita Indipendente e che denotano la sua capacità di autodeterminazione e chiara volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte o parte di esse:

Descrizione di possibili obiettivi ovvero del miglioramento della vita che si ci attende attraverso questo intervento:

Descrizione delle azioni propedeutiche per garantire l'autonomia e l'inclusione sociale della persona con disabilità, quali ad esempio la cura della persona, l'aiuto domestico, la mobilità in casa, al lavoro e nel tempo libero di cui si necessiterebbe:

Luogo e data

Firma del beneficiario diretto

Firma del

Familiare

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

(barrare la voce che ricorre)
