

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ - ANNO 2017"**

Il/la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:  
(barrare la voce che ricorre)

Familiare

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

di essere ammesso alla "SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ - ANNO 2017" di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n....del .....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 24 Comuni afferenti l'ATS di Isernia (\_\_\_\_\_);
- età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti;
- possesso di certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104, art. 3 comma 3;
- in grado di autodeterminarsi e di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte, attraverso la redazione diretta del proprio progetto di vita.

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			

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

---

---

---

**ALL'UOPO RICHIEDE:**

un **sostegno economico** dell'importo di € \_\_\_\_\_, destinato alla realizzazione del Progetto per la Vita Indipendente allegato.

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 Territoriale di Soverato;**
- di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- di essere a conoscenza che l'ATS di ISERNIA, 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 l'ATS di ISERNIA, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'Assistente Sociale, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

**SI ALLEGANO:**

- 1) copia documento d'identità in corso di validità del beneficiario e di colui che presenta l'istanza;
  - 2) certificato rilasciato ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 del destinatario;
  - 3) Progetto per la Vita Indipendente, datato e sottoscritto sia dal beneficiario che da colui che presenta l'istanza;
- Curricula degli operatori coinvolti e dell'eventuale assistente personale;
  - Certificazione ISEE o DSU in corso di validità del Nucleo Familiare (la mancata presentazione dell'ISEE e della relativa DSU comporterà l'attribuzione di un punteggio uguale a zero in luogo dei punti attribuibili).
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_

---

**Luogo e data**

---

**Firma del richiedente**

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto

nato a  il  CF

Residente a  Via  n.

Tel.  Cell.

alla luce dell'informativa che precede ed ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e sue successive modifiche ed integrazioni

**esprime il consenso**  **NON esprime il consenso** al trattamento dei propri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprime il consenso**  **NON esprime il consenso** alla comunicazione dei propri dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

**esprime il consenso**  **NON esprime il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali così come indicati nell'informativa allegata

Letto, confermato e sottoscritto

, lì

---

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

**FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DEL PROGETTO IN MATERIA DI VITA  
INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLA PERSONA CON DISABILITÀ**

**1) Descrizione della condizione di disabilità:**

- possesso di attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_
- tipologia di disabilità:
  - fisica
  - psichica
  - sensorialecon sviluppo della minorazione di natura:
  - stabilizzata
  - progressivatale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui diagnosi principale è:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- altre patologie presenti \_\_\_\_\_
- Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_
- Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_

**2) Descrizione della condizione della Condizione attuale di vita:**

- 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     NOSe SI, quale \_\_\_\_\_
- Presso \_\_\_\_\_
- Possesso di patente di guida:
  - SI     NOSe 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     NOSe 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     NOSe SI, per un totale di € \_\_\_\_\_ mensili.





9) Budget di spesa annuale necessario per il raggiungimento degli obiettivi (importo massimo della spesa ammessa a finanziamento: € ..000,00):

<i>DESCRIZIONE TIPOLOGIA DI COSTO</i>	<i>MACRO-AREA</i>	<i>IMPORTO ANNUO OMNICOMPRESIVO</i>
..... ..... ..... .....	1 - ASSISTENTE PERSONALE	€ .....
..... ..... ..... .....	2 - ABITARE IN AUTONOMIA <sup>1</sup>	€ .....
..... ..... ..... .....	3 - INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE <sup>2</sup>	€ .....
..... ..... ..... .....	4 - TRASPORTO SOCIALE	€ .....
..... ..... ..... .....	5 - DOMOTICA	€ .....
	<b>TOTALE</b>	€ .....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del beneficiario diretto** \_\_\_\_\_

**Firma del**     Familiare     Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno  
(barrare la voce che ricorre)

<sup>1</sup> Spese personale (ad esclusione dell'assistente personale, già inserito nella macro-area1). Altre spese (locazione, adeguamenti strutturali, bollette, etc., ad esclusione delle spese di domotica, da inserire nella successiva macro-area 5).

<sup>2</sup> Spese personale (ad esclusione dell'assistente personale, già inserito nella macro-area1). Altre spese (attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico, locazione aule o spazi, attività ricreative, etc., ad esclusione delle spese di domotica, da inserire nella successiva macro-area 5).