

PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE

E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DI PERSONE ADULTE CON DISABILITA'

Al Protocollo Generale del Comune di Cava de' Tirreni
Capofila Ambito Territoriale Sociale S2
Piazza Abbro, snc – 84013 Cava de' Tirreni (SA)

**MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE ATTRAVERSO
L'ASSUNZIONE DI UN ASSISTENTE PERSONALE**

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ Email _____
Documento d'Identità _____

MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti dall'Ambito Territoriale Sociale S2 per la realizzazione del progetto di vita indipendente

(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per se stesso

- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Documento d'Identità _____

- in qualità di dichiarante (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Documento d'Identità _____

A tal fine,

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs., consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa,

DICHIARA

- di aver preso sufficiente visione dell'avviso pubblico in materia dell'Ambito Territoriale Sociale S2 e di accettarne incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate;
- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- di essere in possesso di certificazione di invalidità;
- di non essere beneficiario di altri contributi pubblici per la vita indipendente;
- di essere dimorante presso il proprio domicilio e nel proprio contesto familiare;
- di non essere beneficiario di un assegno di cura;
- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso all'Azione A:

Erogazione di incentivi economici per l'assunzione di un assistente personale

- di essere a conoscenza che sarà accordata preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche.
- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. ____ figli minori;
- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. ____ anziani non autosufficienti;
- che nel nucleo familiare risultano presenti nn. ____ disabili;
- che nel nucleo familiare risulta presente un'alta problematicità causata da:
 - devianza sociale
 - problemi di salute
 - problemi di disoccupazione
 - problemi giudiziari
 - dispersione scolastica
 - basso livello di istruzione;
- che l'abitazione in cui vive è ubicata nel comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____;
- che le condizioni dell'abitazione in cui vive sono inadeguate a causa di:
 - persona senza fissa dimora o con alloggio improprio o ospite
 - occupazione abusiva o sfratto esecutivo
 - zona isolata
 - spazio fruibile non sufficiente
 - presenza di barriere architettoniche
 - riscaldamenti assenti o inadeguati
 - servizi igienici assenti o inadeguati

- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale Sociale S2 per la vita indipendente prevede la successiva partecipazione all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) per la valutazione del livello di bisogno socio-assistenziale;

- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale Sociale S2 per la vita indipendente prevede il successivo effettivo accesso agli incentivi solo in caso di inserimento tra i progetti finanziati dall'Ambito;

che la documentazione allegata è la seguente:

copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità interessata), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3;

certificazione di invalidità;

certificazione ISEE socio-sanitario (ATTENZIONE: relativamente all'ISEE, al fine di non determinare penalizzazioni a carico di persone con disabilità interessate ma prive di immediata disponibilità della relativa certificazione, si prevede la possibilità di procedere alla consegna anche in un secondo momento);

ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare:

_____)
_____)
_____)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per se stesso

- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della
persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____

- in qualità di dichiarante (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino
al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo
stato di salute (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è
l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale S2,
e-mail: amministrazione@pec.comune.cavadetirreni.sa.it.

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma del richiedente
