

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI _____
DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PROGETTI DI "VITA INDIPENDENTE"

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto
destinatario del beneficio nato/a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
n. _____ Tel. _____ e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
n. _____ Tel. _____ email: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio,

il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

CHIEDE

di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi gestionali previsti nel progetto
"Vita Indipendente":

- Accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione).
- Programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia ed una migliore gestione della vita quotidiana.

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- codice fiscale del beneficiario
- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- documentazione sanitaria attestante il grado di autosufficienza fisica/psichica
- ISEE ordinario (per valutazione priorità di accesso);
- ISEE socio sanitario (per valutazione priorità graduatoria beneficiario).

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 autorizza il trattamento dei dati personali

Luogo e data _____

Firma
