

## MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDIPENDENTE" A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ. FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019 - 2021 - D.P.C.M. 21 NOVEMBRE 2019 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2019-2021 - CUP E69I24001230007.

A  
Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale Sociale di Taurianova  
anche tramite  
il **COMUNE** di

**QUADRO A. - DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto:****QUADRO A1. - GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)  
\_\_\_\_\_

del sotto indicato beneficiario:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Preso visione dell'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDIPENDENTE" A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ. FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019 – 2021 – D.P.C.M. 21 NOVEMBRE 2019 – DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2019-2021 – CUP **E69I24001230007**

### CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per il finanziamento di progetti per la vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

### DICHIARA

- A. di accettare, senza condizioni o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico emanato dall'Ambito Territoriale Sociale con Comune capofila Taurianova;
- B. di essere residente in uno dei 10 Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di Taurianova;
- C. di avere un'età compresa tra i 18 anni e i 64 anni;
- D. di essere in possesso della certificazione di cui alla L. 104/1992;
- E. essere in possesso di attestazione ISEE Socio sanitario/Nucleo Ristretto in corso di validità non superiore ad € 15.000,00 **o, in alternativa**, appartenere ad un nucleo familiare con un ISEE non superiore a € 30.000,00;
- F. di non essere destinatario/a di altri benefici economici e prestazionali concessi da questo ATS nell'ultimo anno (es.: Fondo non Autosufficienza – Home Care premium – Dopo di noi – ecc...)
- G. che la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente: (compilare la sottostante tabella)

<b>QUADRO B. – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO</b>					
	I° Componente	II° Componente	III° Componente	IV° Componente	V° Componente
Cognome/Nome					
Relazione					
Luogo di nascita					
Data di nascita					
Attività svolta					

- H. che la propria condizione familiare è la seguente:

<b>QUADRO C. – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE FAMILIARE</b>	
1. Presenza attiva di rete di familiari di primo grado competente ed adeguata se si specificare i motivi _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Presenza di familiari parzialmente adeguata se si specificare i motivi _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. Presenza di rete familiare inadeguata se si specificare i motivi _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. Mancanza di rete familiare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se si specificare i motivi _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### **RICHIEDE**

Di essere ammesso al finanziamento delle seguenti macro aree di intervento, di cui al presente avviso:

**(INDICARE MASSIMO 1 (UNA) MACRO AREA DI INTERVENTO)**

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>A) contributo a sostegno delle spese per l'assunzione di ASSISTENTI PERSONALI;</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>B) ABITARE IN AUTONOMIA (housing e co-housing sociale) spese assunzione educatore/OSS;</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>C) Voucher per spese per il TRASPORTO SOCIALE;</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>D) l'acquisto di uno dei seguenti ausili/strumentazioni di DOMOTICA:</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Ausili per i trasferimenti: dischi girevoli, asse di trasferimento in plastica;</li><li>○ Ausili per il bagno: sedili girevoli per vasca, sedie doccia WC, basculanti;</li><li>○ Rilevatore di ostacoli sonoro e vibrante;</li><li>○ Tablet e smartphone che permettano la comunicazione tramite videochiamate e messaggi;</li><li>○ Sensori;</li><li>○ Bracciali salva vita.</li></ul></li></ul>

Luogo, Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **ALLEGATI OBBLIGATORI:**

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario **(in caso di presentazione da parte di altro soggetto, documenti del beneficiario e di chi presenta la domanda);**
- dichiarazione stato di handicap (L. n. 104/1992)
- Attestazione ISEE Socio Sanitario/Ristretto della persona interessata;
- ISEE del nucleo familiare convivente;
- Progetto individualizzato per la vita indipendente su apposito modello **(ALLEGATO B).**