*Allegato A*

***Al Distretto Socio-sanitario 45***

ISTANZA PER L’ACCESSO ALLA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI DI VITA

INDIPENDENTE PER L’AUTONOMIA PERSONALE E L’INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’– Fondo 2019

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di falsa dichiarazione o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a \_ il , di essere attualmente residente in provincia di Comune di

in Via

 n.

Cap.

C. F.

 telefono cell. e-mail PEC .

In qualità di beneficiario /familiare delegato o di rappresentante legale (specificare)

SOGGETTO BENEFICIARIO

(Da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario) Signor/a nato/a il a di essere attualmente residente in provincia di Comune di

in Via

1.

Cap.

C.F.

 telefono cell. e-mail PEC .

CHIEDE

Di essere ammesso alla realizzazione di Progetti Personalizzati nelle seguenti macro aree ( Max 2) :

* Inclusione sociale e relazionale
* Trasporto sociale
* Domotica

dichiarando, sotto la propria responsabilità che:

Quadro A – composizione del nucleo familiare anagrafico (elencare tutti i componenti del nucleo familiare conviventi)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Relazione di****parentela** | **Luogo di****nascita** | **Data di****nascita** | **Attività/lavoro** | **Certificazione****L. 104/92** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***Quadro B – Condizione di disabilità***

Dichiara di essere in possesso di attestazione di disabilità in situazione di gravità L. 104/92 art. 3,

 rilasciata in data / / ad

 In particolare, di presentare una condizione di disabilità:

* Fisica
* Psichica
* Sensoriale Dichiara di:
* Percepire benefici economici legati alla condizione di disabilità, per un ammontare pari ad

€ , specificare il tipo di beneficio (es. indennità,accompagnamento, etc);

* Non percepire nessun tipo di beneficio economico legato alla condizione di disabilità;

Inoltre dichiara che la condizione di disabilità NON è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e che tale condizione di disabilità è di natura:

* Stabilizzata
* Progressiva

***Quadro C – Condizione familiare***

* Presenza della rete familiare o informale sufficiente a rispondere ai bisogni quotidiani e di relazione;

Nucleo familiare non in grado di assicurare un sostegno adeguato perché inesistente o incapace in quanto:

* anziani ultra 65 anni;
* familiari conviventi in condizioni di salute precarie;
* presenza di più disabili nel medesimo nucleo;
* familiari assenti per motivazioni varie ( lavoro residenza):
* Assenza della rete familiare o informale.

Quadro D – Condizione abitativa e ambientale

* Di proprietà;
* In usufrutto gratuito;
* In locazione;
* Casa di edilizia pubblica/popolare;
* Sfratto esecutivo

Si terrà conto prioritariamente di :

* alloggio che presenta barriere architettoniche;
* alloggio inadeguato per carenze igienico strutturali;
* alloggio allocato in periferia, nelle contrade limitrofe e non servito da mezzi pubblici idonei.
* Non presenta barriere architettoniche;

Quadro E – Situazione reddituale

* ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( il reddito non costituisce elemento determinante per l’accesso all’intervento, ma nel caso in cui le richieste dovessero risultare eccedenti le risorse economiche disponibili, si terrà conto dell’ISEE più basso).

Quadro f – Dichiarazioni aggiuntive:

Il Sottoscritto dichiara di:

* Non avere in corso progetti quali Dopo di Noi, Home Care Premium , ecc.;
* Avere in corso di svolgimento servizi/interventi quali Dopo di Noi, Home Care Premium, ecc;

*Alla presente istanza si allegano, a pena di esclusione, i seguenti documenti:*

* + *Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario;*
	+ *Modello ISEE in corso di validità;*
	+ *Certificazione L. 104/92 art.3;*

Luogo e data

Firma