

Al Comune di _____
 Distretto Socio-Sanitario LT/5

**MODELLO DI ISTANZA
 PER L'ACCESSO
 AL PROGETTO DI "VITA INDIPENDENTE"**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____ mail _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____ mail _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____ mail _____
 Codice fiscale _____

In qualità di:
 familiare
 tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____ mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____ mail _____
Codice fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso ai progetti per la “Vita Indipendente” e di beneficiare del contributo previsto.

AI FINI DELL'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO DICHIARA:

(BARRARE LA CONDIZIONE CHE INTERESSA LA PERSONA, PER OGNI SINGOLA LETTERA)

a) Limitazione dell'autonomia: massimo 30 punti. Si determina la necessità assistenziale della persona disabile che potrà essere:

saltuaria
 frequentemente necessaria
 costante e continuativa

b) Condizione familiare: massimo 15 punti. Si determina la condizione familiare della persona disabile che potrà essere:

presenza attiva di rete familiare di primo grado competente ed adeguata.
 SI NO
Specificare i motivi _____

presenza di rete familiare di obbligati parzialmente adeguata: per motivi di lontananza, malattia, problematiche di rilievo e tali da avere ricadute significative rispetto ai bisogni della persona disabile.
 SI NO
Specificare i motivi _____

mancanza di rete familiare o presenza di rete familiare del tutto inadeguata per motivi di significativa lontananza, malattia importante o disabilità; relazioni caratterizzate da gravi conflitti non di carattere occasionale).
 SI NO
Specificare i motivi _____

c) Condizione abitativa e ambientale: massimo 15 punti. Si determina in considerazione della collocazione abitativa, della possibilità di usufruire agevolmente di mezzi di trasporto oltre alla

disponibilità del caregiver ad accompagnarlo

L'abitazione principale è situata in:

Via/P.zza _____ vani n. _____

Titolo di godimento:

- di proprietà
- in uso gratuito
- usufrutto
- in affitto sfratto esecutivo
- Altro

Dislocazione Motoria

- servita
- poco servita
- isolata

Barriere fisiche e sensoriali

- No Sì
- Esterne Interne

d) Condizione economica della persona con disabilità e della sua famiglia: 25 punti. Si determina in considerazione dell'indicatore ISEE per servizi socio-sanitari non residenziali, presentato dell'interessato:

- da 0,00 a € 6.500,00 → 25 punti
- da € 6.500,01 a € 10.750,00 → 15 punti
- da 10.750,01 a € 15.000,00 → 10 punti
- da € 15.000,01 ed oltre → 0 punti

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- Che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- Di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero o di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

Documentazione obbligatoria, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia del Codice Fiscale o delle Tessera Sanitaria del Richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;

- Copia del Verbale di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92, rilasciato dalla Commissione Medico-Legale competente. Nel caso si possiede verbale di invalidità civile pari al 100%, le certificazioni anzidette vanno contestualmente presentate);
- Copia attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- Informativa Privacy sottoscritta (Allegato 2));
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Allegato A3);

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

Via/Piazza _____ n. _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

C.A.P. _____ tel. _____ mail _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente
