

Al Comune di _____

Distretto Socio-Sanitario RM6/1

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 (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) 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 (<i>cognome</i>) _____ (<i>nome</i>) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
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. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

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 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.

e) Incentivazione dei processi di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione e all'isolamento: 15 punti. Si determina in base alla valutazione del progetto personalizzato, considerando l'idoneità a superare e prevenire la segregazione e l'isolamento della persona dovuta tanto alla condizione di disabilità quanto alla carenza assistenziale del nucleo familiare.

- processi di de- istituzionalizzazione in corso SI NO
- Isolamento SI NO

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, non ché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione del l'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di esse re in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna 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 presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

1. copia del verbale di invalidità civile;
2. attestazione ISEE in corso di validità (dell'interessato e del nucleo familiare);
3. fotocopia del documento di identità del richiedente e per i cittadini di stati non aderenti alla UE copia della carta o del permesso di soggiorno;
4. Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Allegato n. 3 al Modello di istanza);
5. Informativa Privacy firmata (Allegato n.2 al Modello di Istanza);
6. Eventuali certificazioni socio sanitarie che e/o ogni altra documentazione che attesti quanto dichiarato.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 6-1.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Monte Porzio Catone, Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6-1, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "per l'accesso ai progetti di Vita Indipendente.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
