



AVVISO PUBBLICO
PER IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA
INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DI PERSONE ADULTE CON
DISABILITA'

Decreto n. 669/2018 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Decreto n. 138/2019 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

All'Ufficio di Piano
Ente d'Ambito Distrettuale Sociale n. 17
"Montagna Pescara"
Comune di Manoppello
Corso Santarelli, 46
65024 MANOPPELLO

Protocollo n. 0000757 del 23-07-2019

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel Comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____ Tel. _____
Cell. _____ Email _____
Documento d'Identità _____

MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti dall'Ambito Distrettuale Sociale n. 17 per la realizzazione del progetto di vita indipendente - linee guida 2018

(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per sé stesso
- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità

(nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____

alla Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Documento d'Identità _____

- in luogo (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente nel Comune di _____

alla Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Documento d'Identità _____

A tal fine consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D. Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in materia dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 17 e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente:

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- di essere dimorante presso il proprio domicilio e nel proprio contesto familiare;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso a una più delle seguenti azioni (*barrare la/e casella/e di interesse*):
 - A) Erogazione di incentivi economici per l'assunzione di un assistente personale
 - B) Erogazione di incentivi economici per l'abitare in autonomia
 - C) Progetti culturali

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente:

- che la documentazione allegata è la seguente:
- copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata e richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative; *(obbligatoria)*
- copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative; *(solo ed esclusivamente se del caso)*
- certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3; *(obbligatoria)*
- ISEE Ordinario 2018 e ISEE Sociosanitario 2018 *(obbligatoria)*

ATTENZIONE: relativamente all'ISEE, al fine di non determinare penalizzazioni a carico di persone con disabilità interessate ma prive di immediata disponibilità della relativa certificazione, si prevede la possibilità di procedere alla consegna anche in un secondo momento, in ogni caso precedente all'eventuale attivazione del progetto di vita indipendente);

ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale *(facoltativa)* specificare: _____

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente nel comune di _____

alla Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

(barrare la/e casella/e d'interesse)

- per sé stesso
- in qualità di legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della persona adulta con disabilità

(nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____

- in qualità di dichiarante (specificare: coniuge; figlio/a; altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo stato di salute

(nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____
alla Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 13 del GDPR UE 2016/679 relativi alla protezione dei dati personali e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Distrettuale Sociale n.17, e-mail: ecad.sociale17@gmail.com

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data:

_____, ____/____/____

Firma del richiedente
