

## 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 D91H25000030002.

A  
Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale Sociale di Rosarno  
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 D91H25000030002

### 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 Rosarno;
- B. di essere residente in uno dei 7 comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di Rosarno;
- 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 (allegato);
- 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°<br>Componente | II°<br>Componente | III°<br>Componente | IV°<br>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)**

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>A) ASSISTENTE FAMILIARE;</b>                         |
| <input type="checkbox"/> <b>B) ABITARE IN AUTONOMIA (co-housing sociale);</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>C) VOUCHER PER SPESE PER IL TRASPORTO SOCIALE;</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>D) L'ACQUISTO AUSILI/STRUMENTAZIONI DI DOMOTICA:</b> |

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

Firma \_\_\_\_\_

### **ALLEGATI:**

- 1) Dichiarazione stato di handicap (L. n. 104/1992) o copia del Verbale attestante la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 104/1992;
- 2) Scheda Sanitaria (S.Va.Ma.Di o S.Va.Ma) a cura del Medico di Medicina Generale;
- 3) Attestazione I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) per prestazioni socio sanitarie, in corso di validità o ISEE del nucleo familiare convivente
- 4) fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore;
- 5) fotocopia di un documento di identità nel caso di delega
- 6) Eventuale Copia del Verbale di Invalidità Civile;
- 7) Eventuale copia del provvedimento di tutela/amministrazione di sostegno con copia del documento di riconoscimento della persona esercente tali funzioni, se necessario;
- 8) Eventuale copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari
- 9) 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);
- 10) Scheda Progetto individualizzato per la vita indipendente su apposito modello **(ALLEGATO B)**.