

Al Comune di

Oggetto: DOMANDA DI AMMISSIONE AI PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA
INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA'

Il/La sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non
corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445, dichiara di essere
nat __ a _____ il _____
di essere residente a Palermo in _____
codice fiscale _____
tel.: _____ e-mail _____

In qualità di (*Genitore, Tutore, Curatore, Amministratore di sostegno*) _____
del/la Sig./ra _____ (*allegare eventuale nomina*)
nat __ a _____ il _____
residente a Palermo in _____

CHIEDE

L' AMMISSIONE AI PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE
NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA' PER ADULTI DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E 64
ANNI.

TIPOLOGIA DI INTERVENTI:

- Erogazione di voucher per il trasporto del disabile per favorire la mobilità finalizzata a percorsi di promozione della vita indipendente e di partecipazione alla vita comunitaria;
- Sostegno alle famiglie mediante presenza di personale specializzato nell'assistenza all'autonomia;
- Sostegno del reddito familiare tramite rimborso delle spese sostenute per la partecipazione ad attività sportive;
- Interventi di sostegno all'autonomia abitativa ed inclusione sociale mediante rimborso di spese per la soddisfazione di bisogni primari e/o l'inserimento in attività socializzanti al fine di sperimentare positivamente l'esperienza di autonomia.

NECESSITA' ASSISTENZIALI ESPRESSE DAL RICHIEDENTE:

- Cura della persona (mangiare e bere, bisogni corporali, lavarsi, vestirsi ecc.)*
- Igiene e pulizia dell'abitazione*
- Comunicazione (studiare, lavorare, socializzazione ecc.)*
- Mobilità interna all'abitazione (deambulazione ecc.)*
- Mobilità esterna all'abitazione (deambulazione, gestione delle attività Quotidiane)*
- Integrazione sociale (vivere in modo indipendente)*
-

Altro.....

A TAL FINE DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992 N°104.

- che il totale delle provvidenze economiche percepite relative all'anno 2013 è stato pari a €

Così ripartite

- reddito proveniente da pensione €.....
- indennità di accompagnamento€.....
- pensione di invalidità€.....
- altri benefici (specificare quali ed inserire il relativo importo percepito)
..... €.....
..... €.....

- che il proprio nucleo familiare, così come di seguito dettagliato, è composto da n. _____ persone, di cui n. _____ portatori di handicap

| Grado parentale | Cognome e Nome | Data di nascita | Codice Fiscale | Professione |
|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Note:

-
- che il reddito ISEE del nucleo familiare relativo all'anno 2013 è stato pari a €
 - di abitare in casa di proprietà con mutuo;
 - di abitare in casa in affitto;
 - di abitare in alloggio popolare;
 - di essere inserito in strutture residenziali;
 - di essere inserito in strutture semiresidenziali;
 - di essere seguito e preso in carico dal servizio sociale
 - di fruire di servizi di assistenza da parte di Enti Pubblici (specificare quali):
.....
.....
 - di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni.
 - DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA'PER ADULTI DI ETA' COMPRESA TRA I 18 E 64 ANNI E DI ACCETTARNE LE CONDIZIONI ED I CRITERI DI VALUTAZIONE**

Allega alla presente:

- fotocopia del verbale Legge 104/92 art. 3;
- fotocopia del verbale di invalidità civile;
- relazione clinica aggiornata al 2014, redatta da specialista di struttura pubblica, inerente alla patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità;
- certificazione relativa all'indicatore della situazione economica (ISEE);
- fotocopia dell'eventuale decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- fotocopia documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art. 19. Il responsabile è il Dirigente coordinatore del Settore. L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli art. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/06.

IL RICHIEDENTE

La Sig.ra/il Sig. _____ attesta che le copie dei documenti allegati all'istanza sono conformi all'originale.

Luogo e data

IL RICHIEDENTE
