**Allegato A**

**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 F89I23001860007.**

A

**Ufficio di Piano**

**Ambito Territoriale Sociale di Caulonia**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Presa 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 F89I23001860007

**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**

1. 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 Caulonia;
2. di essere residente in uno dei 19 comuni appartenenti all’Ambito Territoriale Sociale di Caulonia;
3. di avere un’età compresa tra i 18 anni e i 64 anni;
4. di essere in possesso della certificazione di cui alla L. 104/1992;
5. essere in possesso di attestazione ISEE Socio sanitario/NucleoRistretto in corso di validità non superiore ad € 15.000,00 **o, in alternativa,** appartenere ad un nucleo familiare con un ISEE non superiore a € 30.000,00;
6. 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…)
7. che la composizione attuale del nucleo dove vive il richiedente è la seguente: (compilare la sottostante tabella)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **QUADRO B. – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO** | | | | | |
|  | I°  Componente | II°  Componente | III°  Componente | IV°  Componente | V° Componente |
| Cognome/Nome |  |  |  |  |  |
| Relazione |  |  |  |  |  |
| Luogo di nascita |  |  |  |  |  |
| Data di nascita |  |  |  |  |  |
| Attività svolta |  |  |  |  |  |

1. che la propria condizione familiare è la seguente:

|  |  |
| --- | --- |
| **QUADRO C. – INFORMAZIONI SULLA CONDIZIONE FAMILIARE** | |
| 1. Presenza attiva di rete di familiari di primo grado competente ed adeguata   se si specificare i motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Si □ No |
| 1. Presenza di familiari parzialmente adeguata   se si specificare i motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Si □ No |
| 1. Presenza di rete familiare inadeguata   se si specificare i motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Si □ No |
| 1. Mancanza di rete familiare □ Si □ No   se si specificare i motivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Si □ 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)***

|  |
| --- |
| * **A) contributo a sostegno delle spese per l’assunzione di ASSISTENTI PERSONALI;** |
| * **B) ABITARE IN AUTONOMIA (housing e co-housing sociale) spese assunzione educatore/OSS;** |
| * **C) Voucher per spese per il TRASPORTO SOCIALE;** |
| * **D) l’acquisto di uno dei seguenti ausili/strumentazioni di DOMOTICA:** * Ausili per i trasferimenti: dischi girevoli, asse di trasferimento in plastica; * Ausili per il bagno: sedili girevoli per vasca, sedie doccia WC, basculanti; * Rilevatore di ostacoli sonoro e vibrante; * Tablet e smartphone che permettano la comunicazione tramite videochiamate e messaggi; * Sensori; * Bracciali salva vita. |

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI OBBLIGATORI**:

* 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)**;
* dichiarazione stato di handicap (L. n. 104/1992)
* Attestazione ISEE Socio Sanitario/Ristretto della persona interessata;
* ISEE del nucleo familiare convivente;
* Progetto individualizzato per la vita indipendente su apposito modello **(ALLEGATO B)**.