

**Allegato A**  
**MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDEPENDENTE" 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 \_\_\_\_\_

Preso visione dell'AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA "VITA INDEPENDENTE" 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

- 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 Caulonia;
- B. di essere residente in uno dei 19 comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia;
- 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 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;
- 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)

**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					

- H. 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
2. Presenza di familiari parzialmente adeguata se si specificare i motivi \_\_\_\_\_  Si  No
3. Presenza di rete familiare inadeguata se si specificare i motivi \_\_\_\_\_  Si  No

4. 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) ABITARE IN AUTONOMIA (housing e co-housing sociale) spese assunzione educatore/OSS;**

**B) Voucher per spese per il TRASPORTO SOCIALE;**

**C) 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**).