

**Amministrazione destinataria**

Comune di Savona

Ufficio destinatario
 Distretto Socio-Sanitario e Politiche
Giovanili

Domanda di accesso ai progetti di vita indipendente

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

amministratore di sostegno

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento
(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di essere valutato dagli operatori del distretto sociosanitario al fine di accedere al beneficio

- ☐ per costruire percorsi di autonomia alloggiativa (emancipazione dal nucleo di origine) o lavorativa o altre forme di autonomia che possano rientrare nel progetto di vita indipendente
- ☐ per integrare attività e/o servizi che favoriscano l'autonomia della persona disabile all'interno del nucleo familiare, (nel caso di erogazioni monetarie, queste non dovranno essere computate nel bilancio familiare ma dovranno essere utilizzate obbligatoriamente per dettagliate e specifiche attività del disabile per incrementare la propria autonomia)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☐ di essere residente in Regione Liguria
- ☐ di avere età compresa tra i 18 e i 65 anni
- ☐ di essere in possesso del riconoscimento di "handicap con gravità" di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/92 nel caso di persone con disabilità motoria o sensoriale;
- ☐ di essere in possesso della certificazione di riconoscimento di "handicap di grado medio-lieve" di cui all'art.3 comma 1 della legge 104/92, nel caso di disabilità intellettiva
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie con valore inferiore o uguale a 25.000 euro
- ☐ di essere a conoscenza che i Progetti di Vita Indipendente rientrano a pieno titolo nel più ampio concetto di Dote di Cura che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona un progetto di vita con un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità di riferimento, compresi gli enti di terzo settore
- ☐ di essere a conoscenza che la Dote di Cura, che si concretizza in "pacchetti assistenziali personalizzati" che prevedono l'erogazione di servizi e contributi economici, presuppone l'esistenza di un Piano di Assistenza Individuale con il quale alla persona con disabilità viene assicurata la possibilità di determinare, in collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari, il livello di benefici/prestazioni assistenziali di cui necessita, siano essi da implementare o incrementare
- ☐ di essere consapevole che l'intervento andrà ad integrare (non a sostituire) il livello esistente di copertura assistenziale
- ☐ di essere a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali e/o trasferimenti monetari sulla base di quanto stabilito nel Piano Individuale di Assistenza, che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente
- ☐ di essere a conoscenza che l'intervento all'oggetto è incompatibile con forme di residenza
- ☐ di essere a conoscenza che eventuali trasferimenti monetari andranno rendicontati tramite esibizione di giustificativi di spesa (es. fatture, ricevute,etc)

RICHIEDE INOLTRE

che il trasferimento monetario, qualora sia necessario ed emergente dal Piano Individualizzato di Assistenza sia erogato a mezzo di emissione di bonifico mediante accredito su C/C bancario

Numero	ABI	CAB	Agenzia filiale
IBAN			

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del verbale di riconoscimento di handicap

(con gravità o di grado medio-lieve)

☒ copia dell'attestazione ISEE

☐ copia del documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Savona

Luogo

Data

il dichiarante