**ALLEGATO A) DOMANDA DI AMMISSIONE - PROGETTO PERSONALE PER LA “VITA INDIPENDENTE” A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CON DISABILITA’**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo email/pec **(OBBLIGATORIO)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza :

cittadino italiano;

cittadino comunitario;

cittadino comunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA CON DISABILITA’ (da compilare solo se necessario)**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estremi del provvedimento di nomina dell’amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l’atto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la Determinazione N. \_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di approvazione dell’Avviso Pubblico l’Avviso pubblico di selezione per l’accesso ai benefici concessi con i progetti per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità.

**CHIEDE**

in qualità di persona con disabilità di essere ammesso o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona con disabilità (Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte delle équipe multi professionali territorialmente competenti, alla realizzazione/proseguimento del progetto per la “vita indipendente” a favore delle persone con disabilità. A tale fine

**DICHIARA**

*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 degli artt. 46 e 47 nonché dell’art. 76 del 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.*

**QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di Nascita | Attività/Lavoro | Problematiche di salute/devianza |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**QUADRO C – CONDIZIONE DI DISABILITA’**

di essere in possesso di attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3, comma 3, e altresì art. 4 legge 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . In particolare, di presentare una minorazione:

fisica

psichica

sensoriale

di essere in possesso di invalidità civile con percentuale pari al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

stabilizzata

progressiva

tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, la cui diagnosi principale è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Specificare inoltre:

Altre patologie presenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e Nome del medico curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e Nome dello specialista di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE**

|  |  |
| --- | --- |
| Origine del reddito | □ da lavoro □ da pensione □ da indennità |
| Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali | □ Autonomo ed in equilibrio finanziario  □ Riceve aiuto da parenti ed altre persone  □ In condizione di bisogno economico e senza aiuto da parenti ed altre persone |
| ***REDDITO ISEE SOCIO-SANITARIO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | |

**QUADRO E - RETE DI CURA E SUPPORTO**

*Presenza della rete familiare o informale*: persona con supporto della rete familiare o della rete informale (vicinato, volontariato, etc), sufficiente a rispondere ai bisogni quotidiani e di relazione. E’ compreso anche l’aiuto di persone esterne alla famiglia con oneri a carico della famiglia;

*Presenza parziale e/o temporanea* *della rete familiare o informale:* persona che può contare su un aiuto della rete familiare (compreso persone a cui provvede la famiglia) o della rete informale (vicinato, volontariato, etc), per i bisogni quotidiani e di relazione, in maniera saltuaria;

*Assenza della rete familiare o informale:* persona che non può contare sulla rete familiare o informale né per i bisogni quotidiani né per quelli di relazione.

**QUADRO F - CONDIZIONE ABITATIVA**

Di proprietà

In uso gratuito

Usufrutto

In affitto con contratto canone annuo previsto nel contratto

Struttura di accoglienza

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In centro

In periferia

Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenta servizi igienici adeguati Sì No

Ha una superficie adeguata al numero di persone conviventi Sì No

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali Sì Esterne Interne No

Vivo da solo/a Sì No

Vivo con altri familiari Sì No

**DICHIARA INFINE**

di godere dei diritti civili e politici. (I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria.)

di non avere in corso progetti quali PTRI con bds, Dopo di Noi, assegno di cura, Home Care Premium;

di avere in corso di svolgimento un progetto tra quelli riportati all’art. 2 dell’Avviso con scadenza il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in relazione al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazione acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l’espletamento del procedimento di cui al presente avviso dall’Azienda Speciale Consortile B02 in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_