

Modello di domanda - Allegato 3

SPETT.LE

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Comune di _____

DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE (ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 DGR 592/2024)

| | |
|--|------------------------------|
| Il/La sottoscritto/a _____ | |
| COGNOME _____ | NOME _____ |
| residente a _____ | Via _____ n. _____ CAP _____ |
| Codice fiscale _____ | |
| Tel. _____ | Cell. _____ email _____ |
| in qualità di | |
| <input type="radio"/> diretto interessato | |
| <input type="radio"/> tutore/amministratore di sostegno di _____ | |
| nato/a a _____ il _____ | |
| residente a _____ in via _____ n. _____ | |
| C.F. _____ | |

MANIFESTA LA SUA VOLONTÀ A PRESENTARE DOMANDA PER IL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

- Di voler partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2023 – DGR n. 592/2024 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale.
- di essere consapevole che il contributo è alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità a:
 - "Assegno di cura";
 - "Disabilità gravissima";
 - Progetto "Vita Indipendente regionale";
 - Intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)";
 - Intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale".
- di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- di agire in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- di assumersi, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- di autorizzare l'invio della presente domanda al Servizio UMEA, sede di _____ oppure al DSM sede di _____ dell'AST di Fermo al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d'ora, l'effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio e di accoglierne l'esito positivo o negativo;
- a fronte di un esito positivo, di autorizzare il servizio UMEA o il DSM dell'AST Fermo sede di _____ all'invio all'ATS 20 del progetto personalizzato di Vita Indipendente e della valutazione



AMBITO
SOCIALE TERRITORIALE **XX**
Porto Sant'Elpidio - Sant'Elpidio a Mare - Monte Urano



- multidisciplinare risultante al fine dell'ammissione in graduatoria;
• di accettare l'esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell'avviso pubblico

Allega la seguente documentazione:

- Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente disabile
- Eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore.

Data _____

FIRMA _____