

**ISTANZA PER L'ACCESSO ALLA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PERSONALIZZATI DI VITA
INDIPENDENTE PER L'AUTONOMIA PERSONALE E L'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON
DISABILITA' GRAVE – Fondo 2020**

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole della responsabilità penale cui
può andare in contro in caso di falsa dichiarazione o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28
dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a _____ il _____,
di essere attualmente residente in provincia di _____ comune di _____
in via _____ n. ____ cap. _____ codice fiscale
_____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC (se presente) _____.

In qualità di beneficiario /familiare delegato o di rappresentante legale (specificare) _____

SOGGETTO BENEFICIARIO

(Da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Signor/a _____ nato/a il _____ a _____ di essere
attualmente residente in provincia di _____ comune di _____
in via _____ n. ____ cap. _____ codice fiscale
_____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC (se presente) _____.

CHIEDE

Di essere ammesso alla realizzazione dei progetti personalizzati di vita indipendente per l'autonomia
personale e l'inclusione sociale per i progetti relativi all'assistenza personale o strumentazione
domotica, dichiarando, sotto la propria responsabilità che:

Quadro A – composizione del nucleo familiare anagrafico (elencare tutti i componenti del nucleo familiare conviventi)

Cognome	Nome	Relazione di parentela	Luogo di nascita	Data di nascita	Attività/lavoro	Certificazione L. 104/92

Quadro B – Condizione di disabilità

Dichiara di essere in possesso di attestazione di disabilità in situazione di gravità L. 104/92 art. 3, comma 3, rilasciata in data ___/___/___ da _____ con verbale n. _____. In particolare, di presentare una condizione di disabilità:

- Fisica
- Psicica
- Sensoriale

Dichiara di:

- Percepire benefici economici legati alla condizione di disabilità, per un ammontare pari ad € _____, _____ specificare il tipo di beneficio _____ (es. indennità, accompagnamento, etc);
- Non percepire nessun tipo di beneficio economico legato alla condizione di disabilità;

Inoltre dichiara che la condizione di disabilità NON è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità e che tale condizione di disabilità è di natura:

- Stabilizzata
- Progressiva

Patologie presenti (specificare)	1. – 2. – 3. – 4. –
Cognome e nome del medico curante	
Cognome e nome dello specialista di riferimento	

Quadro C – Situazione reddituale

Origine del reddito	<input type="radio"/> Da lavoro <input type="radio"/> Da pensione <input type="radio"/> Da indennità
Valutazione della copertura economica	<input type="radio"/> Autonomo ed in equilibrio finanziario; <input type="radio"/> Aiuto da parenti ed altre persone; <input type="radio"/> In condizione di bisogno economico e assenza della rete familiare
Reddito ISEE	€ _____, ____

Quadro D – Rete di cura e supporto

- Presenza della rete familiare o informale sufficiente a rispondere ai bisogni quotidiani e di relazione;
- Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale;
- Assenza della rete familiare o informale.

Quadro E – Condizione abitativa

- Di proprietà;
- In usufrutto gratuito;
- In locazione;
- Casa di edilizia pubblica/popolare;
- Sfratto esecutivo

Dichiara inoltre che l'abitazione:

- Presenta barriere architettoniche esterne e/o interne;
- Non presenta barriere architettoniche;

Quadro f – Dichiarazioni aggiuntive

Il Sottoscritto dichiara di godere dei diritti civili e politici e di:

- Non avere in corso progetti quali Dopo di Noi, Home Care Premium e disabilità grave;
- Avere in corso di svolgimento servizi/interventi quali Dopo di Noi, Home Care Premium e disabilità grave.

Alla presente istanza si allegano, a pena di esclusione, i seguenti documenti:

- *Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedete e del beneficiario;*
- *Modello ISEE in corso di validità;*
- *Certificazione L. 104/92 art. 3 comma 3 con relativa scheda I.C.F.;*

Luogo e data _____

Firma _____