



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO DSS 54

Comuni di: Castelvetro capofila - Campobello di Mazara - Partanna –
Poggioreale – Salaparuta - Santa Ninfa - ASP TP

Piazza G. Cascino, n. 8 - Palazzo Informagiovani – 91022 Castelvetro (TP)

PEC: distrettod54@pec.comune.castelvetro.tp.it

UFFICIO DI PIANO

All'Ufficio di Servizio Sociale del
Comune di _____

OGGETTO: Istanza di partecipazione - Progetto Vita Indipendente – Fondo 2019

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ Cap _____ prov. _____ telefono _____

codice fiscale _____ in qualità di _____

(specificare se Genitore/Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno)

CHIEDE

Di essere ammesso alla realizzazione del progetto di vita indipendente del Distretto Socio Sanitario D 54 nelle seguenti macro aree (barrare le caselle interessate – max 2):

- Assistente personale;
- Abitare in autonomia;
- Trasporto sociale;

ed a tal fine

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di _____;
- Di avere una età compresa tra i 18-64 anni, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologia connessa alla senilità (disabilità fisica, fisico/motoria e/o intellettiva);
- Di essere in possesso della certificazione di *disabilità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92*;

- Essere in possesso di I.S.E.E. Socio-Sanitario in corso di validità;
- Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Relazione di parentela

Il/a sottoscritto/a indica come referente a cui rivolgersi in caso di necessità il/la Sig./Sig.ra:

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico

- **Condizione di disabilità:**

di essere in possesso di attestazione di disabilità in situazione di gravità art. 3, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciata in data ___/___/___ da _____ con verbale n. _____.

In particolare, di presentare una minorazione:

- 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, ecc);
- Non percepire nessun tipo di beneficio economico legato alla condizione di disabilità;

che lo sviluppo della minorazione è di natura:

- Stabilizzata;
- Progressiva;

Specificare inoltre:

- Altre patologie presenti _____
- Cognome e Nome del medico curante _____
- Cognome e Nome dello specialista di riferimento _____

- **Progetto personale per la "Vita Indipendente":**

Obiettivi di vita che si intendono perseguire connessi al lavoro, relazioni affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- **Condizione personale:**

- Di essere ricoverato presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda;
- Svolgimento di uno stage formativo/lavorativo;
- Svolgimento di attività lavorativa (se si specificare professione svolta) _____;
- Di frequentare un corso di studio (se si specificare quale) _____;
- Di essere in possesso di patente di guida;

- **Condizione familiare:**

- presenza della rete familiare o informale sufficiente a rispondere ai bisogni quotidiani e di relazione;

nucleo familiare non in grado di assicurare un sostegno adeguato perché inesistente o incapace in quanto:

- anziani ultra 65 anni;
- familiari conviventi in condizioni di salute precarie;
- presenza di più disabili nel medesimo nucleo;
- familiari assenti per motivazioni varie (lavoro, residenza)

- **Condizione abitativa e ambientale:**

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

Si terrà conto prioritariamente di:

- Alloggio che presenta barriere architettoniche;
- Alloggio inadeguato per carenze igienico strutturali;
- Alloggio collocato in zona periferica;
- Assenza di barriere architettoniche

- **Situazione reddituale:**

Di possedere un ISEE del valore di: € _____ in corso di validità;

- **Dichiarazioni aggiuntive:**

Il sottoscritto dichiara di:

- Presenza di un assistente personale già contrattualizzata al momento di presentazione della domanda (se si per un totale di € _____ mensili);
- Non avere in corso progetti quali Dopo di Noi o misure nelle medesime aree già finanziate dal dopo di noi;
- Avere in corso di svolgimento progetti quali Dopo di Noi o misure nelle medesime aree già finanziate dal dopo di noi;
- Beneficiare di servizi/interventi sociali, socio-sanitari o sanitari, se si specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, centro diurno, trasporto sociale) _____;

- **Dati utili per l'erogazione del contributo della macro area dell'assistente personale:**

- Codice IBAN personale: _____

Allega alla presente istanza:

- Fotocopia documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- Fotocopia della certificazione legge 104/92 art. 3 comma 3, da presentare in busta chiusa;
- Certificazione relativa all'indicatore della situazione economica I.S.E.E. Socio-Sanitario in corso di validità;
- Fotocopia di eventuale decreto di tutela, di curatela o amministrazione di sostegno;

FIRMA

Il/a sottoscritto/a _____ ai sensi della legge n. 675/96 sulla privacy, autorizza l'Ufficio al trattamento dei dati personali ai fini della suddetta richiesta.

_____, li _____

FIRMA
