



Piano di Zona
Monte Orfano

ASSEMBLEA DEI SINDACI TAVOLO ZONALE DI PROGRAMMAZIONE DELL'AMBITO N. 6 MONTE ORFANO Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio

COMUNI DELL'AMBITO N. 8
Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Macclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villa-chiara

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PRO.VI ANNO 2022

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario del beneficio nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____ Tel _____ e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____ Tel. _____ e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

Chiedo di poter attivare un progetto individuale per la Vita Indipendente in particolare per il seguente intervento:

- Assistente Personale
- Abitare in autonomia
- Inclusione Sociale Relazionale

Il progetto della persona presa in carico deve prevedere almeno due macro-aree di intervento previste dall'Ambito.

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso in oggetto:

- persona maggiorenne la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- possesso della disabilità che non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologia connessa alla senilità.

Si allega:

- documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- codice fiscale del beneficiario
- Attestazione di invalidità, accompagnata da un'adeguata ed aggiornata documentazione sanitaria
- ISEE in corso di validità
- Scale IADL/ADL sottoscritte dall'assistente sociale comunale
- Relazione Sociale rilasciata dal servizio sociale comunale attestante la situazione familiare ed abitativa della persona, oltre ad eventuali elementi di presa in carico individuale da parte dell'assistente sociale a favore della persona con disabilità.

Il/la sottoscritto/a _____, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successivo regolamento 679/2016/UE, autorizza il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma
