



Amministrazione destinataria

Comune di Finale Ligure

Ufficio destinatario

Domanda di accesso ai progetti di vita indipendente

DGR 446/2015

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Soggetto interessato

- riferito a se stesso
 riferito alla persona di seguito specificata

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)					

CHIEDE

di esser valutato dagli operatori del distretto sociosanitario al fine di accedere al beneficio

- al fine di costruire percorsi di autonomia alloggiativa (emancipazione dal nucleo di origine) o lavorativa o altre forme di autonomia che possano rientrare nel progetto di vita indipendente
 al fine di integrare attività e/o servizi che favoriscano l'autonomia della persona disabile all'interno del nucleo familiare, (nel caso di erogazioni monetarie , queste non dovranno essere computate al bilancio familiare ma dovranno essere utilizzate obbligatoriamente per dettagliate e specifiche attività del disabile per incrementare la propria autonomia)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di avere età compresa tra i 18 ed i 65 anni
- essere residente in Regione Liguria
- essere in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92
- essere in possesso dell'ISEE per prestazioni sociosanitarie inferiore o uguale a 25.000,00 euro
- essere a conoscenza che i Progetti di Vita Indipendente rientrano a pieno titolo nel più ampio concetto Dote di Cura che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona un progetto di vita con un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità di riferimento, compresi gli enti di terzo settore
- essere a conoscenza che la Dote di Cura, che si concretizza in "pacchetti assistenziali personalizzati" che prevedono l'erogazione di servizi e contributi economici, presuppone l'esistenza di un Piano di Assistenza Individuale con il quale alla persona con disabilità viene assicurata la possibilità di determinare, in collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari, il livello di benefici/prestazioni assistenziali di cui necessità, siano essi da implementare o incrementare
- essere consapevole che l'intervento andrà ad integrare (non a sostituire) il livello esistente di copertura assistenziale
- essere a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali e/o di trasferimenti monetari sulla base di quanto stabilito nel Piano individuale di Assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente
- essere a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità a ciclo continuativo ad esclusione dei presidi sostitutivi delle cure familiari (es. alloggi protetti)
- di essere a conoscenza che il beneficio non potrà essere utilizzato per il trasporto a centri diurni riabilitativi
- essere a conoscenza che eventuali trasferimenti monetari andranno rendicontati tramite esibizione dei giustificativi di spesa (es.fatture, ricevute, etc)

RICHIEDE INOLTRE

che il trasferimento monetario qualora sia necessaria ed emergente dal Piano Individualizzato di assistenza effettuato dall'equipe integrata sociosanitaria distrettale per la realizzazione del progetto di vita indipendente sarà erogata a mezzo di emissione del bonifico mediante

accredito su C/C bancario

accredito su C/C postale

Istituto

IBAN

Intestatario

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia della certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92
- attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie ai sensi dell'art. 6 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Finale Ligure

Luogo

Data

il dichiarante