

Modello di domanda - Allegato "A"
MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

SPETT.LE AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. _____

Comune di _____

**DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA
INDIPENDENTE MINISTERIALE
(ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 e L. 77/2020)**

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Il/La sottoscritto/a _____ | |
| _____ | _____ |
| COGNOME | NOME |
| residente a _____ Via _____ n. _____ | CAP _____ |
| Codice fiscale _____ | |
| Tel. _____ | Cell. _____ email _____ |
| In qualità di: | |
| <input type="checkbox"/> | tutore |
| <input type="checkbox"/> | amministratore di sostegno |
| per conto di: | |
| cognome e nome _____ | |
| nato a _____ | il _____ |
| residente a _____ | Via _____ n. _____ |
| Codice fiscale _____ | |
| Tel. _____ | Cell. _____ email _____ |

CHIEDE

in qualità di legale rappresentante del/lla Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) _____ di avviare un percorso sperimentale di vita indipendente ministeriale l'accesso ai finanziamenti statali e regionale, 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),

e a tal fine DICHIARA che la persona da me rappresentata

- vuole partecipare al Progetto sperimentale di vita indipendente di cui al Fondo Ministeriale L 77/2020 – DGR n. 1649/2018 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale.

- di non beneficiare del contributo relativo a:
 - S.L.A.
 - Vita Indipendente regionale.
 - disabilità gravissima secondo il principio della temporalità
 - servizi di sollievo
- si assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- agirà in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- si assumerà, 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;
- autorizza l'invio della presente domanda al Servizio UMEA/CSM dell'AST di Ancona sede di _____ 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/CAM dell'AST di Ancona, sede di _____ all'invio all'ATS 12 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'ammissione al finanziamento economico del progetto;
- accetterà 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
 Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore
 Copia isee ordinario

Data _____

FIRMA _____

Il/la sottoscritt _____ autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati trasmessi con la presente richiesta esclusivamente per la procedura di cui in oggetto, ai sensi dell'Art.13 del D.lgs 196/2003 e dell'Art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

FIRMA _____