



GIBELLINA



MAZARA DEL VALLO



SALEMI



VITA

-----oOo-----

DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 53
- Legge 328/2000 -
Comune Capofila: MAZARA DEL VALLO

ALLEGATO 1

Spett. Comune di _____
Area / Settore _____
Via/Piazza _____

MODELLO DI ISTANZA

PER LA DEFINIZIONE E ATTUAZIONE, A MEZZO VOUCHER, DI PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ A FAVORE DEI DISABILI MINORI GRAVI E DEI DISABILI MAGGIORI GRAVI A VALERE SUL FONDO PER LA DISABILITÀ E PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - ANNUALITÀ 2018 – RIPARTITO AL DISTRETTO SS 53 CON IL D.R.S. N. 1916 E IL D.R.S. N. 1915 DEL 18/10/2022.

La/Il sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) _____

Via/le/P.zza _____ n° _____

Telefono _____ altro tel. _____

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc)Codice

fiscale _____

Email: _____

In qualità di:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Diretto interessato | |
| <input type="checkbox"/> | Familiare | Grado di parentela _____ |
| <input type="checkbox"/> | Amministratore di sostegno | nominato con decreto n. _____ del _____ |
| <input type="checkbox"/> | Tutore | nominato con decreto n. _____ del _____ |
| <input type="checkbox"/> | Curatore | nominato con decreto n. _____ del _____ |

CON LA PRESENTE CHIEDE

La definizione e attuazione del progetto in materia di vita indipendente ed inclusione nella società, a mezzo voucher sociali, a valere del “Fondo Regionale per la disabilità e non autosufficienza” ai sensi dei DRS n. 1915 e 1916 del 18/10/2022

- sig. /sig.ra** (compilare solo se diverso dal richiedente)
- minore**

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ (____) il _____

Cittadinanza _____

Residente a _____ (____) _____

Via/le/P.zza _____ n° _____

Telefono _____ altro tel. _____

(indicare uno o più numeri specificando a chi corrispondono parente, beneficiario, tutore, ecc)

Codice fiscale : _____

Email: _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- Di aver preso visione dell’Avviso Pubblico e di accettarne le condizioni;

Che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

- certificazione attestante lo stato di handicap ai sensi della L. 104/92 comma 3 art. 3;
- disabilità non determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- capacità di autodeterminazione e non totale compromissione della volontà di intraprendere un progetto di vita indipendente;
- che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e nome	Grado di parentela	Anno di nascita	Invalidità
----------------	--------------------	-----------------	------------

DICHIARA INOLTRE CHE IL BENEFICIARIO

- di avere già presentato richiesta del servizio oggetto del presente avviso in data _____ presso i servizi sociali del Comune di _____ del Distretto Socio - Sanitario o centro PUA distrettuale di _____;
- di richiedere il servizio oggetto del presente avviso per la prima volta;
- di essere beneficiari dei seguenti servizi socio- assistenziali e/o socio-sanitari erogati dal:
- Comune di _____;
- Distretto Socio-Sanitario di Mazara Del Vallo;

Che il valore ISEE è di € _____;

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Copia del documento di riconoscimento del richiedente;
- Copia del documento di riconoscimento del disabile;
- Verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;

Firma
