**Allegato A**

**MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

A **Ufficio di Piano**

**Ambito Territoriale Sociale di Castrovillari**

# AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL’INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA “VITA INDIPENDENTE” A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ. FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2020 – D.P.C.M. 21 NOVEMBRE 2019 – DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2019-2021 – CUP : *E51J24000430001*

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO** |
| Cognome e Nome Nato/a a il Residente in Via n. Codice fiscale Numero di telefono email  Stato civile |

|  |
| --- |
| **In caso di presentazione da parte di altro soggetto: GENERALITÀ DI CHI PRESENTA LA DOMANDA** |
| Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di (genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del sotto indicato beneficiario:  Cognome e Nome Nato/a a il Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Presa visione dell’AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL’INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI CHE INTENDONO ADERIRE AL PROGETTO RELATIVO ALLA “VITA INDIPENDENTE” A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ. FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - ANNUALITÀ 2020 – D.P.C.M. 21 NOVEMBRE 2019 – DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER IL TRIENNIO 2019-2021 – **CUP**: ***E51J24000430001***

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall’art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

# DICHIARA

1. di accettare, senza condizioni o riserva alcuna, tutte le norme e le disposizioni contenute nell’Avviso Pubblico emanato dall’Ambito Territoriale Sociale con Comune capofila Castrovillari;
2. di essere residente in uno dei Comuni appartenenti all’Ambito Territoriale Sociale di Castrovillari;
3. di avere un’età pari o superiore ai 18 anni;
4. di essere in possesso della certificazione di cui alla L. 104/1992;
5. essere in possesso di attestazione ISEE Socio sanitario/Nucleo Ristretto o ISEE ordinario in corso di validità;
6. di non essere destinatario/a di altri benefici economici e prestazionali concessi da questo ATS nell’ultimo anno (es.: Fondo non Autosufficienza)
7. che la **composizione attuale del nucleo** dove vive il richiedente è la seguente:

(compilare la sottostante tabella)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **QUADRO B. – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO** | | | | | |
|  | Cognome/Nome | Relazione | Luogo di nascita | Data di nascita | Attività svolta |
| Componente 1 |  |  |  |  |  |
| Componente 2 |  |  |  |  |  |
| Componente 3 |  |  |  |  |  |

# RICHIEDE

Di essere ammesso al finanziamento delle seguenti macro aree di intervento, di cui al presente avviso:

***(INDICARE MASSIMO 1 (UNA) MACRO AREA DI INTERVENTO)***

|  |
| --- |
| * **A) contributo a sostegno delle spese per l’assunzione di ASSISTENTI PERSONALI;** |
| * **B) ABITARE IN AUTONOMIA (housing e co-housing sociale) spese affitto/utenze e/o assunzione educatore/OSS;** |
| * **C) Voucher per spese per il TRASPORTO SOCIALE;** |
| * **D) l’acquisto di uno dei seguenti ausili/strumentazioni di DOMOTICA:**   + Ausili per i trasferimenti: dischi girevoli, asse di trasferimento in plastica;   + Ausili per il bagno: sedili girevoli per vasca, sedie doccia WC, basculanti;   + Rilevatore di ostacoli sonoro e vibrante;   + Tablet e smartphone che permettano la comunicazione tramite videochiamate e messaggi;   + Sensori;   + Bracciali salva vita   + Altro ( specificare …………………) |

Luogo, Data

Firma

**ALLEGATI OBBLIGATORI**:

* copia del documento di riconoscimento in corso di validità del beneficiario **(in caso di presentazione da parte di altro soggetto, documenti del beneficiario e di chi presenta la domanda)**;
* dichiarazione stato di handicap (L. n. 104/1992)
* Eventuale certificazione di invalidità civile e/o possesso dell’indennità di accompagnamento;
* Attestazione ISEE Socio Sanitario/Ristretto della persona interessata/ordinario in corso di validità.

Informato, ai sensi dell’art.13 D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di Piano di Castrovillari.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l’Ufficio di Piano di nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell’Ufficio di Piano.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all’Avviso pubblico per l’accesso ai Progetti di Vita Indipendente.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_