



MODULO DI DOMANDA - PROGETTI "VITA INDIPENDENTE PERSONE CON DISABILITA'"

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

NUOVA DOMANDA

UTENTE GIA' BENEFICIARIO NELLA PRECEDENTE ANNUALITA'

QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO / ASSISTITO

COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
TELEFONO	C.F.		
COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
DOMICILIO (SE DIVERSO DA RESIDENZA) NEL COMUNE DI			
INDIRIZZO	N.	CAP	

QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO / ASSISTITO

COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
C.F.	TELEFONO		
IN QUALITA' DI:	FAMILIARE CONVIVENTE	FAMILIARE NON CONVIVENTE	
TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI	N.	DEL	
AMMINISTR. DI SOST. - DECRETO DEL TRIB. DI	N.	DEL	
ALTRO (SPECIFICARE)			
CAREGIVER			

Il Beneficiario e/o Caregiver consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del D.P.R.n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi degli articoli 47 e 75 del citato D.P.R., CHIEDE l'ammissione al Bando "Progetti Vita Indipendente Persone con Disabilità",

DICHIARA

di scegliere **una** delle seguenti modalità di intervento:

ASSISTENTE PERSONALE

ABITARE IN AUTONOMIA

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- che l'interessato ha il riconoscimento di invalidità civile;
- che l'interessato non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- che la condizione economica del richiedente/beneficiario come derivante da attestazione I.S.E.E. sociosanitario per prestazioni non residenziali, in corso di validità, è la seguente:

VALORE ISEE:

- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione alla Segreteria del Piano Sociale di Zonamezzo mail all'indirizzo: ufficiodipiano@comune.monterotondo.rm.it in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni;
- di impegnarsi, nel caso di ammissione al beneficio, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
- di rendersi disponibile a fornire ogni ulteriore informazione all'Equipe multidisciplinare del servizio territoriale al fine della definizione di un progetto di intervento personalizzato;

DICHIARA INFINE CHE L'INDIRIZZO MAIL A CUI MANDARE LE COMUNICAZIONI INERENTI IL PRESENTE BANDO IVI COMPRESO IL SOCCORSO ISTRUTTORIO E' LA SEGUENTE:

E-MAIL OBBLIGATORIA

ALLEGA

- a) verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e attestazione della condizione di handicap grave ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge n. 104/1992;
- b) attestazione ISEE in corso di validità (autocertificabile nel presente modulo);
- c) copia Documento di identità del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- d) copia Documento di identità del beneficiario.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi UE n.679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 il sottoscritto autorizza il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Progetti Vita Indipendente Persone con Disabilità" e consapevole che Il Titolare del Trattamento dei dati personali è il Comune di Monterotondo, capofila del distretto RM 5.1

che il Responsabile del Trattamento dei Dati Personali per le finalità suindicate è il Coordinatore dell'Ufficio di Piano del Distretto RM 5.1, dott.ssa Monica Fiori

Firma del richiedente
