* **Al Comune di residenza**

**(Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

* **Al Centro Multiservizi (ex Cead) di Suzzara**

**(Viale Cadorna 4 – 46029 Suzzara)**

* **All’Azienda Socialis**

**tramite PEC: aziendasocialis@legalmail.it**

**ISTANZA PER L’INDIVIDAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE ON DISABILITA’**

**PROVI 2017**

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e Cognome ...................................................................................................................................

nato a ................................................................................................ il .................................................

residente a .......................................... in via.....................................................................n°.................

Codice Fiscale .................................................................................................................................

recapito telefonico .................................................................................................................................

indirizzo e-mail ......................................................................................................................................

in qualità di □ diretto interessato

oppure

□ amministratore di sostegno □ tutore □ altro ( specificare ) …………………………..

del/della sig./ra ......................................................................................................................................

nato a ................................................................................................ il .................................................

residente a .......................................... in via.....................................................................n°.................

recapito telefonico .................................................................................................................................

indirizzo e-mail ......................................................................................................................................

**CHIEDE**

di poter accedere ai

PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**Certificazione invalidità**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

**Indennità di accompagnamento:** SI NO

|  |
| --- |
| CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA |
| CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE ORDINARIO): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE SOCIO-SANITARIO): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO (specificare chi è convivente) | | | |
| RAPPORTO DI PARENTELA | COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | CONVIVENTE (specificare dove è residente se non convivente) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Che il CARE GIVER FAMILIARE convivente è (specificare il grado di parentela):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condizione lavorativa del Caregiver (es. casalinga, disoccupato, pensionato...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del FNA – Misura B1 o B2:

* Nessuno
* SI – interventi della Misura B1
* SI – interventi della Misura B2

Il RICHIEDENTE:

* È in carico al Servizio Sociale Comunale SI'  NO 
* Assistente sociale di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc.…): SI'  NO 
* Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es.B2/B1– contributo per assistenti familiari, altro ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frequenta Unità d’offerta semiresidenziali: SI'  NO 
* Se SI quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE, evidenzia l’interesse per i seguenti interventi (barrare):

* assistenza personale
* servizio educativo inclusione sociale e relazionale
* trasporto

E propone il seguente progetto di massima:

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

Il RICHIEDENTE, si impegna, in caso di selezione della domanda, ad elaborare in accordo con i servizi sociali di competenza, un progetto dettagliato con l’ente gestore scelto tra gli accreditati alla misura in oggetto.

**ALLEGA**

* FOTOCOPIA CARTA IDENTITA’ DEL RICHIEDENTE
* VERBALE INVALIDITA' E/O INDENNITA’ ACCOMPAGNAMENTO
* ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA
* CONTRATTO DI ASSUNZIONE DI ASSISTENTE FAMILIARE;
* EVENTUALE TITOLO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITÀ;
* EVENTUALE ATTO DI NOMINA DI TUTELA DEL BENEFICIARIO (AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, TUTORE, …);
* FOTOCOPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO E DEL RICHIEDENTE;
* ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ;
* ESTREMI DEL CONTO CORRENTE (IBAN) PER VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO.

Luogo e data Firma

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