



DOMANDA DI ACCESSO AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE (DGR446/2015)

COGNOME

NOME

Il Sig. /a

(di seguito indicato **RICHIEDENTE**)

nato/a a (Prov.) il
.....

codice fiscale

residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia
tel.....

Sesso F M

(In caso di amministratore di sostegno indicare

COGNOME

NOME

il Sig./a

Codice fiscale

Residente in: via.....

Città Cap..... Provincia
tel.....).

CHIEDE

DI ESSERE VALUTATO DAGLI OPERATORI DEL DISTRETTO SOCIOSANITARIO AL FINE DI ACCEDERE AL BENEFICIO:

- al fine di costruire percorsi di autonomia alloggiativa (emancipazione dal nucleo di origine) o lavorativa o altre forme di autonomia che possano rientrare nel progetto di vita indipendente

- al fine di integrare attività e/o servizi che favoriscano l'autonomia della persona disabile all'interno del nucleo familiare, (nel caso di erogazioni monetarie , queste non dovranno essere computate al bilancio familiare ma dovranno essere utilizzate obbligatoriamente per dettagliate e specifiche attività del disabile per incrementare la propria autonomia).

DICHIARA

- di avere età compresa tra i **18 ed i 65 anni** ;

- Essere **residente in Regione Liguria**;

- Essere in possesso della **certificazione di gravità** ai sensi dell'*art.3 comma 3 della legge n. 104/92*;

- Essere in possesso dell'**ISEE per prestazioni sociosanitarie inferiore o uguale a 25.000,00 euro**;

- Essere a conoscenza che i Progetti di Vita Indipendente rientrano a pieno titolo nel più ampio concetto **Dote di Cura** che rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona un progetto di vita con un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua **comunità di riferimento**, compresi gli enti di terzo settore;

- Essere a conoscenza che la Dote di Cura, che si concretizza in "**pacchetti assistenziali personalizzati**" che prevedono l'erogazione di servizi e contributi economici, presuppone l'esistenza di un **Piano di Assistenza Individuale** con il quale alla persona con disabilità viene assicurata la possibilità di determinare, **in collaborazione con il sistema dei servizi sociosanitari**, il livello di benefici/prestazioni assistenziali di cui necessità, siano essi da **implementare o incrementare**;

- essere consapevole che l'intervento andrà ad **integrare (non a sostituire) il livello esistente di copertura assistenziale**;

- Essere a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di **prestazioni assistenziali e/o di trasferimenti monetari** sulla base di quanto stabilito nel Piano

Individuale di Assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente;

Essere a conoscenza che l'intervento in oggetto è **incompatibile con forme di residenzialità a ciclo continuativo** ad esclusione dei presidi sostitutivi delle cure familiari (**es. alloggi protetti**);

di essere a conoscenza che il beneficio non potrà essere utilizzato per il trasporto a centri diurni riabilitativi;

Essere a conoscenza che eventuali trasferimenti monetari andranno rendicontati tramite esibizione dei giustificativi di spesa(es.fatture, ricevute, etc);

RICHIEDE INOLTRE:

Che il trasferimento monetario **qualora sia necessaria ed emergente dal Piano Individualizzato di assistenza** effettuato dall'equipe integrata sociosanitaria distrettuale per la realizzazione del progetto di vita indipendente sarà erogata a mezzo di emissione del bonifico mediante:

accredito su C/C bancario N..... ABI..... CAB Agenzia filiale
IBAN

accredito su C/C postale N..... ABI..... CAB Agenzia filiale
IBAN

Intestato a

Allega alla presente:

copia della certificazione di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92;

attestazione **ISEE per prestazioni sociosanitarie** ai sensi dell'art. 6 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 159/2013.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm.che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)
(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)