



AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Comuni: AFRICO - ANTONIMINA - ARDORE - BENESTARE - BIANCO - BOVALINO - BRANCALEONE - BRUZZANO ZEFFIRIO - CARAFFA DEL BIANCO - CARERI - CASIGNANA - CIMINA' - FERRUZZANO - GERACE - LOCRI - PALIZZI - PLATTI' - PORTIGLIOLA - SAMO - SANT'AGATA DEL BIANCO - SANT'ILARIO DELLO JONIO - SAN LUCA - STAITI

ALLEGATO A - MODELLO DI DOMANDA DI AMMISSIONE

AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ A VALERE SUL FONDO PER LA VITA INDIPENDENTE (FNA Annualità 2022)

CUP: F19G26000200003

**Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
Ambito Territoriale Sociale di Locri
Comune capo Ambito
presso il Comune di residenza**

SEZIONE 1: DATI DEL RICHIEDENTE (Compilare solo se diverso dal Beneficiario)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

Codice Fiscale: _____

Residente a _____ Prov. (____) C.A.P. _____

Indirizzo: _____ n. _____

Telefono/Cellulare: _____ E-mail/PEC: _____

in qualità di:

- ☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale
- ☐ Tutore legale
- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di Sostegno
- ☐ Familiare/Convivente curatore di interessi (art. 139 D.P.R. 445/2000)

(Nel caso di rappresentante legale, allegare relativo provvedimento di nomina)

SEZIONE 2: DATI DEL BENEFICIARIO DEGLI INTERVENTI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

Codice Fiscale: _____

Residente nel Comune di: _____ (Comune appartenente all'ATS Locri)

Indirizzo: _____ n. _____

Telefono/Cellulare: _____ E-mail/PEC: _____

Stato Civile: _____ Cittadinanza: _____



AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Comuni: AFRICO - ANTONIMINA - ARDORE - BENESTARE - BIANCO - BOVALINO - BRANCALEONE - BRUZZANO ZEFFIRIO - CARAFFA DEL BIANCO - CARERI - CASIGNANA - CIMINÀ - FERRUZZANO - GERACE - LOCRI - PALIZZI - PLATÌ - PORTIGLIOLA - SAMO - SANT'AGATA DEL BIANCO - SANT'ILARIO DELLO JONIO - SAN LUCA - STAITI

MANIFESTA

interesse ad accedere agli interventi previsti per la realizzazione del progetto di Vita Indipendente e inclusione nella società di persone adulte con disabilità - a valere sul Fondo FNA annualità 2022

SEZIONE 3: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

Requisiti d'accesso:

- ☐ Di avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni;
- ☐ Che la disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o patologie connesse alla senilità;
- ☐ Di essere cittadino/a italiano/a, ovvero di uno Stato dell'Unione Europea, ovvero cittadino/a extracomunitario/a in possesso di regolare permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità;
- ☐ Di essere residente in uno dei Comuni afferenti all'ATS di Locri (*Africo, Antonimina, Ardore, Benestare, Bianco, Bovalino, Brancaleone, Bruzzano Zeffirio, Caraffa del Bianco, Careri, Casignana, Ciminà, Ferruzzano, Gerace, Locri, Palizzi, Platì, Portigliola, Samo, Sant'Agata del Bianco, Sant'Ilario dello Jonio, San Luca, Staiti*);
- ☐ Di essere in possesso di certificazione di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/1992 e/o di invalidità civile nei termini previsti dall'art. 3 dell'Avviso.
- ☐ di essere consapevole che l'ammissione al progetto non comporta automaticamente l'accesso a tutte le macroaree di intervento previste dall'Avviso e che gli interventi saranno definiti dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Condizione Economica:

- ☐ Di possedere un'attestazione ISEE Socio-Sanitario Ristretto in corso di validità pari ad € _____, rilasciata in data _____.

Incompatibilità e Sovrapposizioni:

- ☐ Di **non fruire** e di non aver fatto domanda per altri contributi o finanziamenti pubblici aventi la medesima finalità o che si sovrappongano alle prestazioni richieste (es. Assegno di cura, Progetti "Dopo di Noi" Legge 112/2016);
OPPURE
- ☐ Di **beneficiare** attualmente della seguente misura: _____ e di impegnarsi alla formale rinuncia della stessa prima dell'avvio del Progetto di Vita Indipendente qualora venga accertata l'incompatibilità in sede istruttoria.

SEZIONE 4: SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE

- ☐ Presenza di familiari conviventi;
- ☐ Assenza di familiari conviventi;



AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Comuni: AFRICO - ANTONIMINA – ARDORE – BENESTARE – BIANCO – BOVALINO – BRANCALEONE – BRUZZANO ZEFFIRIO – CARAFFA DEL BIANCO – CARERI – CASIGNANA – CIMINA' – FERRUZZANO – GERACE – LOCRI – PALIZZI – PLATI' – PORTIGLIOLA – SAMO – SANT'AGATA DEL BIANCO – SANT'ILARIO DELLO JONIO – SAN LUCA – STAITI

☐ Assenza di altri familiari residenti nel Comune di residenza;

☐ Presenza di altri familiari nel Comune di residenza;

Nella descrizione della composizione del nucleo familiare si fa riferimento al nucleo anagrafico di residenza:

Rapporto parentela	Nominativo (nome/cognome)	Data nascita	Luogo nascita	Condizione lavorativa*	Problematiche rilevanti**

*Nella colonna "Condizione lavorativa" va indicata la condizione di: 1- Disoccupato; 2 - Casalinga; 3 - Lavoratore autonomo; 4 - Lavoratore dipendente; 5 - inabile al lavoro; 6 - pensionato; 7 - studente; 8 - altro

Indicare nella colonna "Problematiche rilevanti" con: lettera **A la presenza persone anziane di età superiore ai 65 anni; lettera **B** la presenza di familiari con disabilità certificata; lettera **C** la presenza di minori.

SEZIONE 5: CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

Il beneficiario/richiedente inoltre dichiara:

di svolgere la seguente attività lavorativa di:

☐ lavoro autonomo _____

☐ lavoro dipendente presso _____

☐ Tempo indeterminato

☐ Tempo determinato fino al ____/____/____

☐ di svolgere / o avere in previsione di svolgere attività di stage presso _____

☐ di essere iscritto presso la Scuola del Comune di _____
e di frequentare il _____ anno di formazione;

☐ di essere iscritto presso l'Università di _____
Facoltà/Corso _____ e di frequentare il _____ di corso;

☐ di frequentare il corso di formazione professionale di _____
presso _____

☐ Altro (specificare) _____



AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Comuni: AFRICO - ANTONIMINA - ARDORE - BENESTARE - BIANCO - BOVALINO - BRANCALEONE - BRUZZANO ZEFFIRIO - CARAFFA DEL BIANCO - CARERI - CASIGNANA - CIMINA' - FERRUZZANO - GERACE - LOCRI - PALIZZI - PLATI' - PORTIGLIOLA - SAMO - SANT'AGATA DEL BIANCO - SANT'ILARIO DELLO JONIO - SAN LUCA - STAITI

SEZIONE 6: CONDIZIONE ABITATIVA

L'abitazione principale è:

- ☐ Di proprietà (o con mutuo)
- ☐ In uso gratuito
- ☐ Usufrutto
- ☐ In affitto
- ☐ Altro

Presenta servizi igienici adeguati

- ☐ SÌ
- ☐ NO

Presenta barriere fisiche e/o sensoriali

- ☐ Sì ☐ Esterne ☐ Interne
- ☐ No

Note _____

Dislocazione sul territorio rispetto ai servizi pubblici (negozi - trasporti - ecc)

- ☐ Servita
- ☐ poco servita
- ☐ isolata

Note _____

SEZIONE 7: PROPOSTA E SCELTA DELLE MACRO-AREE DI INTERVENTO

(Indicare le macro-aree d'interesse che saranno successivamente definite e validate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM/ATS)

- **Macro Area n. 1 - Assistente alla Persona**
 - ☐ Assunzione diretta dell'Assistente Personale (con ruolo di Datore di Lavoro)
 - ☐ Modalità indiretta mediante Enti Accreditati scritti all'Albo di Ambito
- **Macro Area n. 2 - Abitare in Autonomia**
 - ☐ Housing Sociale (percorso autonomo)
 - ☐ Co-housing Sociale (gruppo ridotto max 5-6 persone)
- **Macro Area n. 3 - Interventi di Trasporto Sociale**
 - ☐ Rimborso spese di trasporto / noleggio veicoli dedicati / accompagnamento
- **Macro Area n. 4 - Interventi di Domotica ed Ausili Tecnologici**
 - ☐ Domotica per la gestione dell'ambiente domestico, sicurezza e AAL



AMBITO TERRITORIALE DI LOCRI

Comuni: AFRICO - ANTONIMINA - ARDORE - BENESTARE - BIANCO - BOVALINO - BRANCALEONE - BRUZZANO ZEFFIRIO - CARAFFA DEL BIANCO - CARERI - CASIGNANA - CIMINA' - FERRUZZANO - GERACE - LOCRI - PALIZZI - PLATI' - PORTIGLIOLA - SAMO - SANT'AGATA DEL BIANCO - SANT'ILARIO DELLO JONIO - SAN LUCA - STAITI

SEZIONE 8: MODALITÀ DI ACCREDITO DEL CONTRIBUTO

(Conto corrente intestato o cointestato al beneficiario o al suo legale rappresentante)

Banca/Poste: _____

IBAN: IT _____

Intestato a: _____

SEZIONE 9: DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

(Spuntare i documenti effettivamente allegati all'istanza)

- ☐ Copia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità (e del beneficiario se diverso);
- ☐ Copia della Tessera Sanitaria del richiedente (e del beneficiario se diverso);
- ☐ Copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (per cittadini extracomunitari);
- ☐ Copia del provvedimento di nomina di Tutore / Amministratore di Sostegno / Curatore (se presente);
- ☐ Copia della certificazione di disabilità in situazione di gravità (art. 3 c. 3 L. 104/92) priva di omissis;
- ☐ Copia della certificazione di disabilità (art. 3 c. 1 L. 104/92) priva di omissis;
- ☐ Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità al 100% priva di omissis;
- ☐ Copia della certificazione di riconoscimento di invalidità tra il 74% e il 99% con perdita dell'autosufficienza priva di omissis;
- ☐ Copia dell'attestazione ISEE Socio-Sanitario Ristretto del beneficiario in corso di validità;
- ☐ Allegato B informativa privacy;
- ☐ *(Facoltativo)* Ulteriore documentazione socio-sanitaria utile alla valutazione UVM:

Luogo e data:

Firma del richiedente/beneficiario

_____, ____/____/____
