

Modello di domanda - Allegato "A"
MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

SPETT.LE AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 11

Comune di Ancona

L.go XXIV Maggio 1

PEC: comune.ancona@emarche.it

DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE
(ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 DGR 264/2025)

Il/La sottoscritto/a	_____	_____
	COGNOME	NOME
residente a	_____ Via _____ n. _____	CAP _____
Codice fiscale	_____	
Tel.	_____ Cell.	_____ email _____
In qualità di:		
☐	tutore	
☐	amministratore di sostegno	
per conto di:		
cognome e nome	_____	
nato a	_____ il _____	
residente a	_____ Via _____ n. _____	
Codice fiscale	_____	
Tel.	_____ Cell.	_____ email _____

CHIEDE

in qualità di legale rappresentante del/lla Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) _____ di avviare un percorso sperimentale di vita indipendente ministeriale l'accesso ai finanziamenti statali e regionale, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000),

e a tal fine DICHIARA che la persona da me rappresentata

- vuole partecipare al Progetto sperimentale di vita indipendente di cui al Fondo Ministeriale L 77/2020 – DGR n. 1649/2018 finalizzato al pagamento dell'intervento relativo all'Assistente Personale.
- NON beneficia del contributo relativo a:
 - Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica”;
 - Familiari 0-25 anni affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019;
 - Disabilità gravissima secondo il principio della temporalità;
 - Progetti di Vita Indipendente regionale;

DICHIARA INOLTRE che

- si assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- agirà in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- si assumerà, in qualità di datore di lavoro, tutti gli obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- autorizza l'invio della presente domanda al Servizio UMEA/CSM dell'AST di Ancona sede di Ancona al fine della predisposizione del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e di acconsentire, sin d'ora, l'effettuazione della valutazione multidisciplinare da parte del predetto servizio e di accoglierne l'esito positivo o negativo;
- a fronte di un esito positivo, di autorizzare il suddetto servizio UMEA/CAM dell'AST di Ancona, all'invio all'ATS 12 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'ammissione al finanziamento economico del progetto;
- accetterà l'esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell'avviso pubblico

Allega la seguente documentazione:

Copia della certificazione di disabilità grave, ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/1992

Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente disabile

Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore

Copia isee ordinario

Data _____

FIRMA _____

Il/la sottoscritt _____ autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati trasmessi con la presente richiesta esclusivamente per la procedura di cui in oggetto, ai sensi dell'Art.13 del D.lgs 196/2003 e dell'Art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

FIRMA _____