**Modello di domanda - Allegato “A”**

**REDATTA DALLA PERSONA CON DISABILITÀ**

**SPETT.LE**

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. \_\_\_\_\_**

**Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI ACCESSO AL FINANZIAMENTO PER LA REALIZZAZIONE PROGETTO VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE**

**(ai sensi della L.R. 21/2018 DGR n. 1696/2018 DGR 1496/2023)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COGNOME NOME  residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**MANIFESTA LA SUA VOLONTÀ AD AVVIARE UN PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE MEDIANTE L’ACCESSO AI FINANZIAMENTI STATALI E REGIONALI**

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),

DICHIARA

* Di voler partecipare al Progetto di vita indipendente di cui al Fondo Fondo Ministeriale L.R. 21/2018– DGR n. 1696/2018, finalizzato al pagamento dell’intervento relativo all’Assistente Personale.
* di non beneficiare 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;

- Progetti di Vita Indipendente regionale;

* di essere riconosciuta in condizione di Disabilità gravissima e di percepire il relativo intervento economico riconosciuto dalla Regione Marche secondo il principio di complementarietà;

oppure

* di NON essere riconosciuta in condizione di Disabilità gravissima e di NON percepire il relativo intervento economico riconosciuto dalla Regione Marche;
* di impegnarsi a comunicare l’eventuale successivo riconoscimento della condizione di disabilitàgravissima;
* di assumersi personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
* di agire in piena autonomia nell’individuazione dell’assistente personale;
* di assumersi, 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;
* di autorizzare l’invio della presente domanda al Servizio UMEA/UMEE, sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oppure al CSM sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’AST Ascoli Piceno/Fermo 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 servizio UMEA/UMEE o il CSM dell’AST Ascoli Piceno/Fermo sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’invio all’ATS 23 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante, al fine dell’ammissione al finanziamento economico del progetto;
* di accettare l’esito della graduatoria redatta con i criteri indicati nell’avviso pubblico.

DICHIARA, inoltre,

**CONDIZIONE FAMILIARE**

* VIVERE DA SOLO/A
* PRESENZA DI FAMILIARI CONVIVENTI IN ETÀ AVANZATA E/O IN PRECARIE CONDIZIONI DI SALUTE CERTIFICATE

**FUNZIONI DI GENITORIALITA’**

* PRESENZA DI FIGLI MINORENNI NEL NUCLEO

**PERCORSI DI VITA AUTONOMA**

* AVER ADERITO A PERCORSI DI AUTONOMIA DI CUI AL PNNR M5C2 Investimento 1.2
* NON BENEFICIARE DEL PROGETTO HCP
* FREQUENTARE PERCORSI DI STUDIO E/O LAVORATIVI \*

(indicare quale/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

* FREQUENTARE ATTIVITÀ DI RILEVANZA SOCIALE E/O RICREATIVE

(indicare quale/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

* SVOLGERE AZIONI COMUNI DI VITA QUOTIDIANA PER LO PIÙ ALL’INTERNO DELLE PARETI DOMESTICHE (indicare quale/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\* sono esclusi Tirocini di Inclusione Sociale

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 (non richiesta in caso di sottoscrizione con firma digitale);

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

Attestazione ISEE odinario in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_