



**A.S.C.A.**  
Associazione Socio Assistenziale  
dei Comuni dell'Acquese

Gestione Associata Servizi Socio – Assistenziali

**DOMANDA DI ACCESSO AI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE, SE DI VERSO DAL BENEFICIARIO** (*genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno ecc*)

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CHIEDE

**di poter accedere ad un progetto di vita indipendente.**

A tale scopo **dichiara:**

- Di avere età compresa tra i 18 ed i 65 anni ;
- Di essere in possesso di ISEE inferiore o uguale a 38.000,00 euro;
- Di essere in possesso di invalidità civile pari a |\_\_|\_\_|\_\_| %
- Di percepire indennità di accompagnamento SI [ ] NO [ ]
- Di essere in possesso di certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 c. 3 legge 104/92
- Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

	I° COMPONENTE	II° COMPONENTE	III° COMPONENTE	IV° COMPONENTE	V° COMPONENTE
COGNOME/ NOME					
RELAZIONE DI PARENTELA					
LUOGO DI NASCITA					
DATA DI NASCITA					
ATTIVITA'					

- Che la propria rete familiare non convivente è costituita come di seguito specificato:

1. Cognome/Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

relazione di parentela \_\_\_\_\_

2. Cognome/Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

relazione di parentela \_\_\_\_\_

3. Cognome/Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

relazione di parentela \_\_\_\_\_

Di essere a conoscenza che gli interventi attivabili (prestazioni assistenziali e/o trasferimenti monetari) sono esclusivamente quelli stabiliti nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) approvato dalla Commissione Multidisciplinare (UMVD), condiviso e sottoscritto dall'utente;

Di essere informato che il contributo per Progetti di Vita Indipendente dovrà essere rendicontato, con giustificativi di spesa, e utilizzato esclusivamente per dettagliate e specifiche attività volte a incrementare l'autonomia del beneficiario, quali:

- Assistenza personale
- Abitare in autonomia
- Inclusione sociale e relazionale (es. attività sportive, culturali, relazionali).
- Mobilità
- Domotica

come indicato nel PAI.

Di essere informato che i criteri di selezione dei beneficiari, ai sensi delle linee guida ministeriali, tengono conto di:

- Limitazione dell'autonomia
- Condizione familiare
- Condizione abitativa e ambientale
- Condizione economica
- Incentivazione dei processi di de-istituzionalizzazione, contrasto alla segregazione e all'isolamento

Di essere a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità a ciclo continuativo;

Che il progetto di vita indipendente è finalizzato a (barrare le voci che interessano)

- Assistenza personale generica
- Partecipazione ad attività sportive, associative, ricreative, di volontariato
- Occupazione lavorativa
- Frequenza a corsi di studio

**RICHIEDE INOLTRE:**

che il trasferimento monetario sia erogato a mezzo bonifico, su c/c intestato o cointestato al beneficiario, i cui estremi sono:

C/C bancario N..... ABI..... CAB ..... Agenzia filiale .....

IBAN .....

C/C postale N..... ABI..... CAB ..... Agenzia filiale .....

IBAN .....

Intestato a .....

**Allega alla presente:**

- copia della certificazione di invalidità;
- copia della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 c. 3 L. 104/92;
- attestazione ISEE;
- dichiarazione relativa alla fruizione di altri servizi e/o contributi erogati da istituzioni pubbliche.

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**

Li, \_\_\_\_\_

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(firma)

(allegare copia documento di identità in corso di validità)