



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 attualmente beneficiario di un progetto di “Vita indipendente” SI [] NO []
- ☐ Di essere in possesso di certificazione di gravità ai sensi dell’art. 3 c. 3 legge 104/92
- ☐ Di usufruire dei seguenti servizi

TIPOLOGIA	PUBBLICO	PRIVATO	IN CONVEN ZIONE	ORE SETTIMA NALI
o SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE				
o LUNGO ASSISTENZA				
o ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)				
o ASSEGNO DI CURA				
o TRASPORTO SOCIALE				
o TELESOCORSO/TELEASSISTENZA				
o VOUCHER SERVIZI				
o CENTRO DIURNO				
o ALTRO				

- ☐ 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’					

Associazione Socio-Assistenziale dei Comuni dell’Acquese
Unione Montana Suol d’Aleramo
P.I. e C.F. 02412210060

Sede Legale: piazza XX settembre 2 – 15010 Ponti (AL)
Sede operativa: Via Alessandria 1 – 15011 Acqui Terme (AL) tel. e fax 0144 57816
e-mail: ileana.travo@unionemontanasuoldaleramo.it servizi.sociali@comuniconv.it
PEC asca@cert.ruparpiemonte.it

☐ 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

Associazione Socio-Assistenziale dei Comuni dell'Acquese

Unione Montana Suol d'Aleramo

P.I. e C.F. 02412210060

Sede Legale: piazza XX settembre 2 – 15010 Ponti (AL)

Sede operativa: Via Alessandria 1 – 15011 Acqui Terme (AL) tel. e fax 0144 57816

e-mail: ileana.travo@unionemontanasuoldaleramo.it servizi.sociali@comunicov.it

PEC asca@cert.ruparpiemonte.it

☐ 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 D.Lgs. 30.6.2003 n.196 e dell'art. 13 Regolamento UE n.2016/679 che i Suoi dati, acquisiti con la presente istanza, saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'attivazione del progetto di Vita indipendente e all'erogazione della relativa misura economica.

IL DICHIARANTE

Li, _____

(luogo e data)

(firma)

(allegare copia documento di identità in corso di validità)

Associazione Socio-Assistenziale dei Comuni dell'Acquese

Unione Montana Suol d'Aleramo

P.I. e C.F. 02412210060

Sede Legale: piazza XX settembre 2 – 15010 Ponti (AL)

Sede operativa: Via Alessandria 1 – 15011 Acqui Terme (AL) tel. e fax 0144 57816

e-mail: ileana.travo@unionemontanasuoldaleramo.it servizi.sociali@comunicov.it

PEC asca@cert.ruparpiemonte.it