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 della 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 Nazionale Non Autosufficienza - DPCM 03/10/2022 FNA 2022 – DGR n. 1496/23 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;**

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 disabilità gravissima;**
- 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, sede di _____oppure al CSM sede di _____ dell'AST Pesaro Urbino 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 o il CSM dell'AST Pesaro Urbino sede di _____ all'invio all'ATS 6 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'eventuale ammissione al finanziamento economico del progetto;
- di accettare 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

Data _____ FIRMA _____