

Modello di domanda - Allegato 2
REDATTA DALLA PERSONA CON DISABILITÀ

All'Ambito Territoriale Sociale XIX
Piazzale Azzolino 18
63900 Fermo

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 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 o CSM dell'AST di Fermo sede di _____ all'invio all'ATS XX 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
- di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati presente nell'avviso pubblico e di autorizzarne il trattamento

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
- Certificazione ISEE ordinario in corso di validità

Data _____

FIRMA _____