

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

(ai sensi della L.R. 21/2018 della DGR n. 1696/2018 e L. 77/2020)

Il/La sottoscritto/a _____		
_____	COGNOME	NOME
residente a _____	Via _____	n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____		
Tel. _____	Cell. _____	email _____
in qualità di:		
<input type="checkbox"/>	tutore	
<input type="checkbox"/>	amministratore di sostegno	
per conto di:		
cognome e nome _____		
nato a _____	il _____	
residente a _____	Via _____	n. _____
Codice fiscale _____		
Tel. _____	Cell. _____	email _____

CHIEDE

in qualità di legale rappresentante del/Illa Sig./Sig.ra (Cognome e Nome) _____ di avviare un percorso sperimentale di vita indipendente ministeriale l'accesso ai finanziamenti statali e regionale, 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),

e a tal fine DICHIARA che la persona da me rappresentata

- vuole partecipare al Progetto sperimentale di vita indipendente di cui al Fondo Ministeriale L 77/2020 – DGR n. 1649/2018 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;**
- 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;**

- si assumerà personalmente la responsabilità della realizzazione del progetto;
- agirà in piena autonomia nell'individuazione dell'assistente personale;
- si assumerà, 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;
- autorizza l'invio della presente domanda al Servizio UMEA dell'AST Fermo sede di _____ 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 dell'AST Fermo sede di _____ all'invio all'ATS 20 del progetto personalizzato di Vita Indipendente Ministeriale e della valutazione multidisciplinare risultante al fine dell'ammissione al finanziamento economico del progetto;
- accetterà 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
- Copia eventuale decreto di nomina di amministratore di sostegno, tutore, curatore
- Certificazione ISEE ordinario in corso di validità

Data _____

Firma _____