

**DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA
REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI DGR 3404/20
DOPO DI NOI**

ALLEGATO A PARTE A

DOMANDA VOUCHER ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

Compilare in stampatello

Il/La sottoscritto/a:

cognome nome

nato/a a il

residente a indirizzo

codice fiscale

telefono cellulare

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA
al fine di poter attuare un percorso di sostegno/accompagnamento per l'emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione

a favore di se stesso,

a favore di:

cognome nome

nato/a a il

residente a indirizzo

codice fiscale

telefono cellulare

Relazione di parentela

In qualità di

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3;

di frequentare il seguente servizio diurno sociale (segnare con la croce nell'apposito spazio):

Centro Socio Educativo (CSE).....

Servizio di Formazione all'autonomia (SFA)

Centro Diurno Disabili (CDD)

di beneficiare delle seguenti misure/servizi (segnare con una croce nell'apposito spazio):

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B1-B2 FNA: specificare
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali specificare
- Sostegni inerenti le misure "Dopo di noi" specificare.....
- Altro (specificare).....

Indicatore I.S.E.E. socio-sanitario pari ad euro

E DICHIARA INOLTRE,

- di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico
- che il proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

<i>grado di parentela</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo e data di nascita</i>
beneficiario		

di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI"- DGR 3404/20

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario, in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità;
- Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3 ed eventuale indennità di accompagnamento;
- Attestazione, riportante l'indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL) e Attestazione riportante l'indice di dipendenza nelle attività strumentali alla vita quotidiana (scala IADL) (se si autocertificano sono da compilarsi con l'operatore al momento della presentazione della domanda) oppure allegare le scale compilate dal servizio di riferimento;
- Documentazione clinica-sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;
- Modulo "Scheda Progetto Individuale" da compilare e consegnare entro 30 giorni dalla presentazione della domanda;
- Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità.

Luogo e data

Firma

Centro Diurno Disabili (CDD)

di beneficiare delle seguenti misure/servizi (segnare con una croce nell'apposito spazio):

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Misura B1-B2 FNA: specificare
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta socio-sanitarie, sociali specificare
- Sostegni inerenti le misure "Dopo di noi" specificare.....
- Altro (specificare).....

Indicatore I.S.E.E. socio-sanitario pari ad euro

E DICHIARA INOLTRE,

- di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico
- che il proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

<i>grado di parentela</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo e data di nascita</i>
beneficiario		

- Che per il progetto collegato all'erogazione del voucher/buono/contributo che si intende realizzare è già stato individuato il seguente ente:
- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI" DGR 3404/20

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità;
- Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3 comma 3 ed eventuale indennità di accompagnamento;
- Attestazione, riportante l'indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL) – allegato e Attestazione riportante l'indice di dipendenza nelle attività strumentali alla vita quotidiana (scala IADL) – se si autocertificano sono da compilarsi con l'operatore al momento della presentazione della domanda oppure allegare le scale compilate dalla struttura;
- Documentazione clinica-sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;
- Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;

Luogo e data

Firma

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI DGR 3404/20";
- di scegliere che il contributo sia corrisposto mediante accredito sul c/c bancario/ postale intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)

Intestatario _____

C.F. _____

Banca / ufficio postale: _____

IBAN _____

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. ordinario, in corso di validità;
- Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3 comma 3 ed eventuale indennità di accompagnamento;
- Attestazione, riportante l'indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL) – allegato e Attestazione riportante l'indice di dipendenza nelle attività strumentali alla vita quotidiana.(scala IADL) – se si autocertificano sono da compilarsi con l'operatore al momento della presentazione della domanda oppure allegare le scale compilate dalla struttura;
- Documentazione clinica-sanitaria in merito alla diagnosi di invalidità;
- Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;

Luogo e data

Firma