**ISTANZA PER L’ACCESSO AGLI INTERVENTI PREVISTI DALL’AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’**

**AMBITO ALTOMILANESE- PRO.VI 2022 - ESERCIZIO 2024**

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e cognome ...............................................................................................................................................................

nato a ............................................................................................... il .................................................

residente a ......................................... in via.....................................................................n°.................

Codice Fiscale .......................................................................................................................................

recapito telefonico ...............................................................................................................................

indirizzo e-mail .....................................................................................................................................

in qualità di:

□ beneficiario

oppure

□ amministratore di sostegno □ tutore □ altro (specificare) ……………………..……..

del/della sig./ra ....................................................................................................................................

nato a .............................................................................................. il .................................................

residente a ......................................... in via.....................................................................n°.................

recapito telefonico ...............................................................................................................................

indirizzo e-mail .....................................................................................................................................

**CHIEDE**

di poter accedere ad

INTERVENTI PER IL SOSTEGNO DI UN PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO**

* è persona maggiorenne;
* la cui disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
* realizzerà il progetto di vita senza il supporto del caregiver famigliare, ma con l’ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato, oppure con il supporto fornito da ente terzo (es. cooperativa) o da operatore professionale;
* ha un ISEE sociosanitario uguale o inferiore a 30.000 euro o ISEE ordinario per le persone con grado di disabilità < 67% pari a 40.000 euro
* che i famigliari/persone significative del Beneficiario sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FAMIGLIARI/PERSONE SIGNIFICATIVE DEL RICHIEDENTE | | | |
| RAPPORTO DI PARENTELA | COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | RESIDENZA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che il Beneficiario è assistito da un assistente personale regolarmente assunto/o altra figura professionale o attraverso ente fornitore di servizi, di seguito indicato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ASSISTENTE PERSONALE/ALTRA FIGURA PROFESSIONALE | | | |
| CONTRATTO (part time, full time, specificando le ore o h 24/24) | COGNOME NOME  ASSISTENTE ALLA PERSONA  ALTRA FIGURA | DATA DI NASCITA | NAZIONALITA’ |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ENTE FORNITORE DI SERVIZI | |
| INDICAZIONE ENTE FORNITORE SERVIZIO | DESCRIZIONE EROGAZIONE FORNITURA SERVIZIO |
|  |  |

Il RICHIEDENTE,

evidenzia l’interesse per i seguenti interventi (*barrare le aree interessate*). ***Indicare almeno due macroaree di intervento:***

* **AREA ASSISTENTE PERSONALE ASSUNTO CON CONTRATTO REGOLARE**

**Indicare la tipologia di intervento/i scelto/i per l’Area assistente personale:**

* + Intervento presso il domicilio familiare;
  + Intervento impiegato in progetti di housing e co-housing;
  + Intervento impiegato in progetti di interventi di inclusione sociale e relazionale;
  + Intervento impiegato nel trasporto sociale.

Si richiede un budget totale pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **AREA ABITARE IN AUTONOMIA**

Professionalità coinvolte (educatore, tutor, escluso assistente alla persona): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si richiede un budget totale pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **AREA INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE**
* attività educativa individualizzata e/o di gruppo:

Professionalità coinvolte (educatore, allenatori sportivi, esperti, etc):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico, locazione aule o spazi, attività ricreative, etc.:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Sperimentazione di attività culturali, sportive, in collaborazione con le associazioni e gli enti presenti sul territorio (sport insieme, partecipazione attiva ad eventi...)

Si richiede un budget totale pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **AREA TRASPORTO SOCIALE**
* convenzione trasporti pubblici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* convenzione trasporti privati

Si richiede un budget totale pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **AREA DOMOTICA**

Descrivere sinteticamente gli interventi che si intendono realizzare:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si richiede un budget totale pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AZIONI DI SISTEMA – (da valorizzare ove interessato in aggiunta alle precedenti opzionate)**

In riferimento a questa area si intendono esclusivamente le attività di promozione, informazione, sensibilizzazione e quelle di monitoraggio e coordinamento del piano di vita indipendente promosse e supportate dalle azioni, realizzate in collaborazione con l’Agenzia per la Vita Indipendente.

L’Agenzia per la Vita Indipendente offrirà alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione personalizzata e al contempo un aiuto per gli aspetti pratici ed operativi nella gestione dell’assistenza indiretta.

Descrivere sinteticamente il supporto che si vuole richiedere

~~-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------~~

Il RICHIEDENTE

si impegna a partecipare, in collaborazione con i servizi sociali territoriali, alla valutazione multidimensionale e alla definizione di un progetto comprendendo anche l’ente erogatore individuato, se già presente, che contribuirà all’attuazione degli interventi.

**ALLEGA**

* FOTOCOPIA CARTA IDENTITA’ DEL RICHIEDENTE E DEL BENEFICIARIO, QUALORA NON COINCIDANO
* VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE
* ISEE SOCIOSANITARIO/ISEE ORDINARIO
* ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE INERENTE ALLA PERSONA E LA SUA STORIA

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)