

Percorsi per l'autonomia
Avviso Pubblico

PNRR - M5C2 - Inv.1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità
CUP: H74H22000220006
Codice ATS: LAZ_13

Al Comune di _____

Modello di Domanda

Il/La Sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____,

residente a _____ in Via _____, n. _____,

tel. _____

indirizzo mail _____.

tel. _____ (obbligatorio)

indirizzo mail _____.

In qualità di

- beneficiario dell'intervento
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del beneficiario

per _____

nato a _____ il _____,

residente a _____ in Via _____, n. _____,

tel. _____

indirizzo mail _____.

CHIEDE

l'ammissione al Percorso per l'autonomia relativo al "PNRR-M5C2 - Inv.1.2
Percorsi di autonomia per persone con disabilità"

- Coniugato/a
- Unioni civile
- Convivente
- Separato / Divorziato
- Vedovo/a

Condizione di disabilità:

- Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 1
- Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 3

Persona con disabilità grave priva del sostegno familiare:

(indicare una delle condizioni sotto descritte)

- persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Presenza Care Giver

- Si indicare cognome e nome _____
- No

MEDICO DI RIFERIMENTO

- MMG Nominativo
- Telefono
- MEDICO SPECIALISTA Nominativo
- Telefono

TITOLARITA' ABITAZIONE

- Di proprietà con mutuo/ senza mutuo _____
- In affitto da privato (importo mensile.....)
- Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile))
- Senza dimora
- In condizione di fragilità abitativa
- Altro (struttura di accoglienza sociale / struttura socio sanitaria / uso gratuito/ ospite) -

SERVIZI ATTIVI PER L'UTENTE

- Reddito di Cittadinanza
- Assistenza domiciliare
- Home Care Premium
- Centro Diurno Diversamente Abili
- Centro di salute mentale (CSM)
- Servizi dipendenze (SerD)
- Servizio sociale penale adulti
- Centro per l'impiego
- Centri di Formazione Professionale

-
- Servizi per le politiche abitative
 - Beneficia di forme di sostegno erogate dal privato o dal volontariato con fondi propri
 - CAD
 - Protesica
 - Altro _____
 - Nessun Servizio Attivo

Nel caso in cui le istanze pervenute superino il numero di 6, verranno applicati i criteri di priorità di accesso agli interventi di cui all'art. 8 dell'Avviso Pubblico.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L'utente individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 5.4 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000,

Il sottoscritto è consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,

Data, _____

FIRMA

Allegati:

- Copia del documento di identità in corso di validità e copia del codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario;
- Copia della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 104/92 oppure riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92.
- ISEE sociosanitario in corso di validità;
- Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare la persona con disabilità.