



COMUNE DI VIGGIANELLO
CAPOFILA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2
LAGONEGRESE-POLLINO



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

ALLEGATO A
DOMANDA DI CONTRIBUTO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI PER LA VITA
INDIPENDENTE

Al Sig. Sindaco del Comune di _____		
prot. n° _____	del _____	_____

(Riservato all'Ufficio)

In caso di richiesta da parte del diretto interessato:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO	
Il/La sottoscritto/a Cognome/Nome _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
e residente in _____	
Via/P.zza _____	n° _____
CAP _____	Tel. _____ Cell. _____
Codice Fiscale: _____	
Stato civile _____	Cittadinanza _____
Estremi del documento di identità tipo _____ n. _____	
Vedi note	

In caso di presentazione da parte di altro soggetto referente

GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Il/La sottoscritto/a Cognome/Nome _____
in qualità di *genitore, figlio/a, coniuge, amministratore di sostegno/.....* del sopra indicato
beneficiario: _____

nato/a il / / a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.zza _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale:

Stato civile^a _____ Cittadinanza^b _____

Estremi del documento di identità: tipo _____ n° _____

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

NOTE:

a Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

b Italiana/Comunitaria/Extracomunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno n° _____

rilasciata alla Questura di _____ con scadenza il _____ o in corso di rinnovo con ricevuta di
presentazione in data _____ Rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero
e la data) _____

CHIEDE

di poter usufruire, sulla base del progetto allegato alla presente domanda e in base alla valutazione effettuata dalla UVM competente, del contributo previsto per la vita indipendente.

A tale scopo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000.

1. Dati generali

a. che la persona beneficiaria:

☐ intende avvalersi, a titolo oneroso di un assistente personale;

ovvero

☐ sostiene gli oneri per l'assistente personale;

b. che il valore dell'I.S.E.E. ordinario anno _____ del nucleo familiare della persona con invalidità è di € _____;

2. Dati relativi all'assistente personale
(Parte da compilare solo nel caso che il beneficiario si avvalga a titolo oneroso di un assistente personale)

Assistente personale assunto

L'assistente personale _____, codice fiscale _____, iscritto all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato assunto con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona beneficiaria indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Tipologia di riferimento del Progetto di vita indipendente proposto:

1. Favorire l'acquisizione e il potenziamento di autonomie. ☐
2. Favorire azioni di supporto finalizzate a garantire il diritto allo studio nonché l'attuazione di percorsi/interventi per l'inclusione socio-lavorativa. ☐
3. Favorire l'accessibilità e la mobilità. ☐
4. Favorire la permanenza nella propria abitazione e l'integrazione nel contesto sociale. ☐
5. Favorire lo sviluppo di progetti di "abitare in autonomia". ☐

4. Delega alla riscossione

Il/La sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità chiede che la liquidazione del contributo venga effettuata a

- ☐ Beneficiario
☐ Richiedente

con la seguente modalità:

- ☐ Quietanza diretta intestata al ☐ beneficiario ☐ richiedente
☐ Accreditamento bancario, intestato al ☐ beneficiario ☐ richiedente

cod. IBAN _____

5. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando con autocertificazione tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati.

ALLEGA:

- ☐ Certificazione di handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
☐ Certificazione ISEE del nucleo familiare ordinario in corso di validità;
☐ Descrizione del Progetto di vita indipendente, redatto su apposito modulo (Allegato B del presente avviso), con precisazione delle richieste/proposte, della tempistica, delle possibili tipologie di intervento, della descrizione e quantificazione delle necessità, dei relativi costi;
☐ Copia del contratto di lavoro stipulato con l'assistente personale e dichiarazione INPS di inizio del rapporto

di lavoro (codice del rapporto di lavoro INPS);

- ☐ Fotocopia del documento di identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda;
- ☐ Copia del verbale di invalidità di altri componenti del nucleo familiare anagrafico.

In fede

Data __/__/____

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____
(barrare la/e casella/e d'interesse)

- ☐ per se stesso

- ☐ in qualità di legale rappresentante (specificare: ☐ tutore; ☐ curatore; ☐ amministratore di sostegno) della
persona adulta con disabilità (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____

- ☐ in qualità di dichiarante (specificare: ☐ coniuge; ☐ figlio/a; ☐ altro parente in linea retta o collaterale fino
al terzo grado) della persona adulta con disabilità temporaneamente impossibilitata per ragioni connesse allo
stato di salute (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza _____
n° _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

- di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito
del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto del **REG. UE 679/2016** (GDPR)
e ss. mm. e del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018;
- di essere informato/a dei diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del **REG. UE 679/2016** (GDPR) e che il titolare
del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio – Territoriale n. 2 "Lagonegrese Pollino", e-
mail: _____;

ESPRIME

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il
quale sono resi;

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità
alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma del richiedente _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a
copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. E' ammessa la
presentazione anche via telematica o a mezzo posta.