

Allegato 2A
**VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DELLE PERSONE CON
DISABILITA' – ANNO 2026**
D O M A N D A DI PARTECIPAZIONE 2026

**Azione 2 Contributi per la domotica e l'acquisto di ausili e pianificazione di interventi per favorire il benessere della persona con disabilità anche al di fuori del contesto familiare
(scadenza presentazione: 30.09.2026)**

Al Dirigente UOS Disabilità dell'Azienda ULSS 8 Berica

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ -frazione _____

telefono _____ email (facoltativo) _____

in qualità di:

- ☐ persona direttamente interessata
☐ legale rappresentante (☐ curatore, ☐ amministratore di sostegno ai sensi della L. 6/2004);
☐ familiare (☐ convivente, ☐ non convivente) (grado di parentela: _____)
☐ persona (☐ convivente, ☐ non convivente) di cui il servizio sociale ha accertato che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.

CHIEDE

di essere ammesso/a alla fruizione del contributo a sostegno del progetto per la Vita Indipendente-Anno 2026 per l'area sotto indicata:

☐ Assistenza familiare: possibilità di accedere al contributo per avvalersi di un'assistenza personale anche a completamento di un progetto di vita già esistente.

☐ Domotica: possibilità di accedere al contributo per integrare i costi per l'acquisto di ausili, strumenti tecnici e tecnologici come "facilitatori", non previsti tra i dispositivi inseriti nel Nomenclatore o per consentire la realizzazione di forme di intervento propedeutiche all'abitare in autonomia (apparecchi e arredi domotici) o per integrare i costi per consentire l'acquisto di ausili per la pratica dello sport.
a favore di:

(cognome e nome) _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente nel Comune di _____ (_____)

In via _____ n. _____ frazione _____

Telefono _____
(indicare se diverso dalla residenza):

domiciliato nel Comune di _____ (_____)

in via _____ n. _____ - frazione _____

telefono _____

IBAN al quale accreditare l'eventuale contributo (specificare anche l'intestatario del conto corrente)

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti **requisiti**:

- Persona con disabilità fisico-motoria e/o intellettiva e/o sensoriale riconosciuta ai sensi dell'art. 3 c. 1 della L 104/92 così come modificato da art. 3 c. 1 del D.Lgs n 62/24;
- Età compresa tra 18 e 69 anni;
- Residenza nel territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica.

DICHIARA INOLTRE

- di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati;
- di rendersi disponibile a fornire ogni informazione e/o documentazione richiesta a completamento della conoscenza della propria condizione personale e della realizzazione del proprio progetto;
- di rendersi disponibile a fornire idonea documentazione comprovante le spese sostenute nel caso di ammissione al finanziamento;
- di avere/non avere percepito il contributo relativo alla stessa azione negli ultimi tre anni.

ALLEGA

La seguente documentazione:

1. Copia del certificato di invalidità rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili;
2. Copia del certificato attestante la condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 c.1 Legge 104/1992 così come modificato da art.3.c.1 D.Lgs n.62/2024
3. S.Va.M.Di. Sanitaria compilata dal Medico di Assistenza Primaria, in corso di validità
4. Progetto-allegato 2B-corredato delle informazioni richieste
5. Fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Il richiedente

Luogo e data _____
