**VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETA’**

**DELLE PERSONE CON DISABILITA’ – ANNO 2025**

|  |
| --- |
| **D O M A N D A DI PARTECIPAZIONE 2025**  **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: 31/08/2025)**  Al Direttore del Distretto 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.  Presenta domanda al fine di poter usufruire del contributo previsto nell’ambito del progetto di vita indipendente e inclusione sociale relativo all’Azione 2 (barrare la voce per cui si chiede il contributo):     * Assistenza familiare: possibilità di accedere al contributo per avvalersi di un’assistenza personale 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. * Domotica: possibilità di accedere al contributo per integrare i costi per consentire la realizzazione di forme di intervento propedeutiche all’abitare in autonomia, (apparecchi e arredi domotici) * Domotica: possibilità di accedere al contributo per integrare i costi per consentire l’acquisto di ausili per la pratica dello sport.. * Potenziamento delle competenze acquisite mediante la frequenza di un percorso educativo – formativo: possibilità di accedere al contributo per stimolare l’autonomia e l’inclusione sociale in contesti formativi ed educativi, quale un contesto universitario.   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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 64 anni; * Residenza nel territorio dell’Azienda ULSS 8 Berica.   DICHIARA  - che il proprio nucleo familiare è composto da:  (Cognome, Nome, Codice fiscale, data di nascita, Comune o Stato estero di Nascita, Sesso, Assenza di  Reddito/patrimonio del minore)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * che la propria abitazione si trova in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   e che è (di proprietà oppure in locazione o altro)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * che la propria condizione economica è la seguente:   reddito personale formato da (*indicare la fonte del reddito, il tipo di pensione/o indennità, l’ammontare del reddito)*   * reddito degli altri componenti della famiglia indicati sopra (*indicare la fonte del reddito, il tipo di pensione/o indennità, l’ammontare del reddito)*   DICHIARA INOLTRE   * di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ai sensi del D. Lgs.vo 196/03; * 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.   ALLEGA ALLA PRESENTE:   * fotocopia documento di identità valido; * fotocopia attestazione handicap; * fotocopia attestazione invalidità civile; * ………..(ogni ulteriore eventuale documentazione utile ai fini della completezza della richiesta).   Ed inoltre,    **Progetto individuale** da realizzare, debitamente firmato, con riportate le informazioni di seguito indicate (il progetto individuale deve essere il più possibile dettagliato):   * Nome e cognome del richiedente (da indicare nel frontespizio) * Azione per la quale si intende partecipare al progetto (contributo per assistenza personale o domotica) * Tipo e grado di disabilità * Descrizione precisa dell’azione progettuale; * Obiettivo * Modalità di svolgimento * Risultato atteso in termini di miglioramento della qualità di vita * Periodo di valenza * Soggetti coinvolti nella realizzazione * Spesa preventivata (allegando i relativi preventivi di spesa) * Dichiarazione di avere/non avere percepito il contributo relativo alla stessa azione negli ultimi tre anni.   Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Il richiedente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |