ALL'UFFICIO DI PIANO
DELL'AMBITO DI GARBAGNATE MILANESE

Domanda per l'accesso ai
PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE
ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ
Settima Annualità – 2021 (anno 2023)

Il sottoscritto:

INFORMAZIONI RELATIVE AL RICHIEDENTE	
COGNOME:	
NOME:	
NATO A:	IL
CODICE FISCALE:	
COMUNE DI RESIDENZA:	
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	
MAIL:	

In qualità di

- ☐ Beneficiario
- ☐ Familiare
- ☐ ADS/Tutore/Rappresentante Legale

CHIEDE

di poter accedere ai

PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE
ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

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

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE	
COGNOME:	
NOME:	
NATO A:	IL
CODICE FISCALE:	
COMUNE DI RESIDENZA:	
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	
MAIL:	

DICHIARA

Di essere in possesso di certificazione invalidità con percentuale: _____ %

Diagnosi:

_____

_____

Di percepire indennità di accompagnamento: ☐ SI' ☐ NO

CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA
CONDIZIONI ECONOMICHE (ISEE SOCIO- SAN): € _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO (solo conviventi)		
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME e NOME	DATA DI NASCITA
Beneficiario		
Padre		
Madre		
Fratello/sorella		
Altri		

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi sostenuti mediante il PRO.VI. (progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità):

SI' ☐ NO ☐

Per quanti anni: _____

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi sostenuti mediante i fondi ex legge 112/2016 (legge sul Dopo di Noi):

SI' ☐ NO ☐

Per quanti anni: _____

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del FNA – Misura B1 o B2:

- ☐ Nessuno
- ☐ SI – interventi della Misura B1
- ☐ SI – buono sociale per progetti di vita indipendente
- ☐ SI – altri strumenti della misura (indicare) _____

Il RICHIEDENTE:

- È in carico al Servizio Sociale Comunale SI' ☐ NO ☐
  Assistente sociale di riferimento: _____
- Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc.…): SI' ☐ NO ☐
- È in carico al servizio per la disabilità intellettiva adulta: SI' ☐ NO ☐
- Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es. Home care premium – contributo per assistenti familiari, altro ...): _____
- Frequenta Unità d'offerta semiresidenziali: SI' ☐ NO ☐
  Se sì, quale: _____

Il RICHIEDENTE, di concerto con il servizio sociale comunale, evidenzia l'interesse per i seguenti interventi (barrare almeno due macro-aree di intervento):

☐ assistenza personale (assunto direttamente dal beneficiario o acquisto del servizio da ente accreditato)

☐ abitare in autonomia (Palestre per la vita adulta autonoma)

☐ inclusione sociale e relazionale (servizi legati al godimento del tempo libero, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento. Non è sostenibile la frequenza ordinaria presso centri diurni)

☐ Trasporto sociale (attivabile a sostegno dei progetti individuali che prevedono attività di inclusione sociale e relazionale).

☐ Domotica (nuove tecnologie, quali, ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.) non ricomprese negli elenchi di interventi afferenti al SSN. Spese non sostenibili con ulteriori e diversi fondi.

e, di concerto con i servizi sociali comunali, propone il seguente progetto di massima:
_____
_____
_____
_____

Nel caso di accoglimento della domanda, il beneficiario indica, ai fini dell'accredito di eventuali benefici economici, l'IBAN del c/c intestato a:

☐ Beneficiario
Codice IBAN (27 caratteri)
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

oppure

☐ Familiare (indicare rapporto di parentela _____)

e Codice Fiscale _____

Codice IBAN (27 caratteri)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ALLEGATI:

- ☐ FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
- ☐ ATTESTAZIONE ISEE SOCIO-SANITARIO
- ☐ VERBALE INVALIDITA' E/O INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO
- ☐ ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

IL RICHIEDENTE

Data _____ _____

Trattamento dei dati Personali
Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l'accesso alla Misura PRO.VI. PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dagli artt. 22 e 32 del Regolamento UE 679/16.
Il Titolare del Trattamento dei dati è A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE.
Il Responsabile del Trattamento dei dati è il Responsabile Area Piano di Zona.
Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

data..... Firma del Richiedente .....