

ALLEGATO "B"

(Fac-simile di domanda di ammissione per
coloro che hanno già partecipato alla sperimentazione)

*Regione Marche
Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali
P.F. Coordinamento delle Politiche Sociali
e Politiche per l'Inclusione Sociale
Via Gentile da Fabriano 3
60125 Ancona*

Oggetto: Domanda di ammissione al Progetto di Vita Indipendente

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Stato Civile _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ in Via _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Titolo di studio _____

Attività lavorativa _____

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

- la volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte;
- di essere in possesso della certificazione di disabilità motoria con gravità, rilasciata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge n.104/92;
- di aver aderito alla sperimentazione del Progetto regionale "Vita Indipendente";
- di regolarizzare il rapporto di lavoro dell'assistente personale, nel rispetto della normativa vigente;
- che l'assistente personale assunto non è un familiare (coniuge, convivente, genitore, fratello/sorella, figlio) e comunque non convivente;
- di non beneficiare del contributo regionale per l'Assistenza Domiciliare Indiretta per la particolare gravità;

- di non beneficiare del contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA);
- che il reddito personale ISEE relativo all'anno 2011 è pari ad €..... e che la D.S.U. è stata elaborata dal CAAF _____ in data_____.

CHIEDE

che il proprio Piano personalizzato, redatto di comune accordo con l'UMEA di riferimento e con l'Assistente sociale dell'Ente locale di residenza, venga ammesso per il monte ore ivi definito.

In via subordinata, si chiede l'ammissione del monte ore riferito al progetto riconosciuto e finanziato nella fase sperimentale - biennio 2010-2012.

Data, _____

Firma del richiedente
