



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE A02
Comuni di Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino,
Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala e Summonte

AVVISO PUBBLICO

**PER IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI SPERIMENTALI DI VITA INDIPENDENTE
E INCLUSIONE NELLA SOCIETA' DI PERSONE ADULTE CON DISABILITA'**

Decreto n. 226/2015 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - DG Inclusione e Politiche Sociali

Decreto n. 440/2016 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - DG Inclusione e Politiche Sociali

MODULO PRESENTAZIONE PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

Al Protocollo Generale del Comune di Mercogliano -
Capofila Ambito Territoriale Sociale A02
Piazza Municipio, 1 – 83013 Mercogliano (AV)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ Email _____
Documento d'Identità _____

MANIFESTA

interesse ad accedere agli incentivi previsti dall'Ambito Territoriale Sociale A02 per la realizzazione del progetto di vita indipendente - linee guida 2015 e 2016

(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 _____
Documento d'Identità _____

Comuni associati: **Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala, Summonte**

Ufficio di Piano c/o Comune di Mercogliano

Sede: Via Traversa, 131bis (nelle adiacenze del cimitero) – 83013 Mercogliano (AV)

Tel: 0825/689037 - E-mail: ambitosocialea02@comunemercogliano.it - PEC: udp.ambitoa02@pec.it

Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì ore 9,00-11,00



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE A02
Comuni di Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino,
Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala e Summonte

- in luogo (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 _____
Documento d'Identità _____

A tal fine;

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della richiesta stessa;

DICHIARA

- di aver preso sufficiente visione dell'avviso pubblico in materia dell'Ambito Territoriale Sociale A02 e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- di essere in possesso di certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;

- di essere dimorante presso il proprio domicilio e nel proprio contesto familiare;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- che per il progetto di vita indipendente che si intende realizzare richiede l'accesso a una o più delle seguenti azioni (*barrare la/e casella/e di interesse*):

- A) Erogazione di incentivi economici per l'assunzione di un assistente personale (**OBBLIGATORIA**)
- B) Erogazione di incentivi economici per l'abitare in autonomia
- C) Partecipazione a work experience e/o percorsi formativi
- D) Voucher di valorizzazione del tempo libero per la partecipazione ad attività sportive, culturali, relazionali, etc., e/o per acquisti connessi alle suddette attività
- E) Mobilità e trasporto sociale
- F) Domotica



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE A02
Comuni di Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino,
Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala e Summonte

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

- di essere a conoscenza che la presentazione della presente manifestazione di interesse per l'accesso agli incentivi dell'Ambito Territoriale Sociale A02 per la vita indipendente prevede il successivo effettivo accesso agli incentivi solo in caso di inserimento tra i progetti finanziati dall'Ambito;

DICHIARA

con riferimento alla persona adulta con disabilità richiedente gli incentivi per la vita indipendente

che la documentazione allegata è la seguente:

(obbligatoria) copia documento di riconoscimento della persona adulta con disabilità interessata e richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(solo ed esclusivamente se del caso) copia documento del richiedente (se differente dalla persona adulta con disabilità), in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

(obbligatoria) certificazione di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3;

(obbligatoria) ISEE Ordinario 2018 e ISEE Sociosanitario 2018 (ATTENZIONE: relativamente all'ISEE, al fine di non determinare penalizzazioni a carico di persone con disabilità interessate ma prive di immediata disponibilità della relativa certificazione, si prevede la possibilità di procedere alla consegna anche in un secondo momento, in ogni caso precedente all'eventuale attivazione del progetto di vita indipendente);

(facoltativa) ogni altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione sanitaria e/o sociale (specificare: _____

_____)

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma

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)

Comuni associati: **Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino, Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala, Summonte**
Ufficio di Piano c/o Comune di Mercogliano

Sede: Via Traversa, 131bis (nelle adiacenze del cimitero) – 83013 Mercogliano (AV)

Tel: 0825/689037 - E-mail: ambitosocialea02@comunemercogliano.it - PEC: udp.ambitoa02@pec.it

Apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì ore 9,00-11,00



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE A02
Comuni di Contrada, Forino, Mercogliano, Monteforte Irpino,
Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala e Summonte

- 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, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale A02, e-mail: ambitosocialea02@comunemercogliano.it ;

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 _____