

ISTANZA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI PREVISTI DALL'AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

AMBITO ALTOMILANESE- PRO.VI 2024 - ESERCIZIO 2026

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e cognome

.....

nato a il

residente a in via.....n°.....

Codice Fiscale

recapito telefonico

indirizzo e-mail

in qualità di:

beneficiario

oppure

amministratore di sostegno

tutore

altro (specificare)

del/della sig./ra

nato a il

residente a in via.....n°.....

recapito telefonico

indirizzo e-mail

CHIEDE

di poter accedere ad

INTERVENTI PER IL SOSTEGNO DI UN PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

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

DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO

- è persona maggiorenne;
- la cui disabilità non è determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- realizzerà il progetto di vita senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato, oppure con il supporto fornito da ente terzo (es. cooperativa) o da operatore professionale;
- ha un ISEE sociosanitario uguale o inferiore a 30.000 euro o ISEE ordinario per le persone con grado di disabilità < 67% pari a 40.000 euro

- che i familiari/persone significative del Beneficiario sono:

FAMILIARI/PERSONE SIGNIFICATIVE DEL RICHIEDENTE			
RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA

- che il Beneficiario è assistito da un assistente personale regolarmente assunto/o altra figura professionale o attraverso ente fornitore di servizi, di seguito indicato:

ASSISTENTE PERSONALE/ALTRA FIGURA PROFESSIONALE			
CONTRATTO (part time, full time, specificando le ore o h 24/24)	COGNOME NOME ASSISTENTE ALLA PERSONA ALTRA FIGURA	DATA DI NASCITA	NAZIONALITA'

ENTE FORNITORE DI SERVIZI	
INDICAZIONE ENTE FORNITORE SERVIZIO	DESCRIZIONE EROGAZIONE FORNITURA SERVIZIO

IL RICHIEDENTE,

evidenzia l'interesse per i seguenti interventi (*barrare le aree interessate*). **Indicare almeno due macroaree di intervento:**

- AREA ASSISTENTE PERSONALE ASSUNTO CON CONTRATTO REGOLARE**

Indicare la tipologia di intervento/i scelto/i per l'Area assistente personale:

- Intervento presso il domicilio familiare;
- Intervento impiegato in progetti di housing e co-housing;
- Intervento impiegato in progetti di interventi di inclusione sociale e relazionale;
- Intervento impiegato nel trasporto sociale.

Area in **continuità** con Pro.vi 2023 Sì No

Si richiede un budget totale pari a € _____

AREA ABITARE IN AUTONOMIA

Professionalità coinvolte (educatore, tutor, escluso assistente alla persona):

Area in **continuità** con Pro.vi 2023 Sì No

Si richiede un budget totale pari a € _____

AREA INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE

- attività educativa individualizzata e/o di gruppo: Professionalità coinvolte (educatore, allenatori sportivi, esperti, etc):

- attrezzature didattiche, sportive, tablet o altro materiale informatico, locazione aule o spazi, attività ricreative, etc.:

- Sperimentazione di attività culturali, sportive, in collaborazione con le associazioni e gli enti presenti sul territorio (sport insieme, partecipazione attiva ad eventi...)

Area in **continuità** con Pro.vi 2023 Sì No

Si richiede un budget totale pari a € _____

AREA TRASPORTO SOCIALE

- convenzione trasporti pubblici

- convenzione trasporti privati

Area in **continuità** con Pro.vi 2023 Sì No

Si richiede un budget totale pari a € _____

AREA DOMOTICA

Si richiede un budget totale pari a € _____

DESCRIZIONE SINTETICA delle finalità, degli obiettivi di intervento, degli esiti attesi.
Motivare le richieste di continuità

AZIONI DI SISTEMA – (da valorizzare ove interessato in aggiunta alle precedenti opzionate)

In riferimento a questa area si intendono esclusivamente le attività di promozione, informazione, sensibilizzazione e quelle di monitoraggio e coordinamento del piano di vita indipendente promosse e supportate dalle azioni, realizzate in collaborazione con l’Agenzia per la Vita Indipendente.

L’Agenzia per la Vita Indipendente offrirà alle persone e ai servizi pubblici un supporto alla progettazione personalizzata e al contempo un aiuto per gli aspetti pratici ed operativi nella gestione dell’assistenza indiretta.

Descrivere sinteticamente il supporto che si vuole richiedere attraverso l’azione di sistema:

IL RICHIEDENTE

si impegna a partecipare, in collaborazione con i servizi sociali territoriali, alla valutazione multidimensionale e alla definizione di un progetto comprendendo anche l’ente erogatore individuato, se già presente, che contribuirà all’attuazione degli interventi.

ALLEGA

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE E DEL BENEFICIARIO, QUALORA NON COINCIDANO
- VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE
- ISEE SOCIO SANITARIO/ISEE ORDINARIO
- ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE INERENTE ALLA PERSONA E LA SUA STORIA

Luogo e data

Firma

(firma del dichiarante)