

Percorsi per l'autonomia
PNRR-M5C2-Inv.1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità
CUP: D14H22000440006
Codice ATS: LAZ_12

Al Comune di _____

Modello di Domanda

Il/La Sottoscritto/a _____

tel. _____ (obbligatorio)

indirizzo mail _____.

In qualità di

- beneficiario dell'intervento

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La Sottoscritto/a _____

in qualità di soggetto richiedente per _____

nato a _____ il _____,

residente a _____ in Via _____, n. _____,

tel. _____

indirizzo mail _____.

In qualità di

- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del beneficiario dell'intervento

CHIEDE

l'ammissione al Percorso per l'autonomia relativo al "PNRR-M5C2-Inv.1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità"

- Convivente
- Separato / Divorziato
- Vedovo/a

Condizione di disabilità:

- Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 1
- Persona con Certificazione Legge 104, art. 3, comma 3

Persona con disabilità grave priva del sostegno familiare:

(indicare una delle condizioni sotto descritte)

- persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
- persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

Presenza Care Giving

- Sì
- No

Caregiver familiare

- del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76,
- di un familiare o di un affine entro il secondo grado,
- di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18.
- Assistente familiare
- Iscritto Legge 68

MEDICO DI RIFERIMENTO

MMG

PLS

Nominativo Telefono | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

TITOLARITA' ABITAZIONE

- Di proprietà con mutuo/ senza mutuo _____
- In affitto da privato (importo mensile.....)
- Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile
- Senza dimora
- In condizione di fragilità abitativa
- Altro (struttura di accoglienza sociale / struttura socio sanitaria / uso gratuito/ ospite) -

SERVIZI ATTIVI PER IL NUCLEO FAMILIARE

- Reddito di Cittadinanza
- Assistenza domiciliare
- Contributo per la Disabilità Gravissima
- Home Care Alzheimer
- Home Care Premium
- Casa dei Fiori
- Centro Diurno Diversamente Abili
- Centro Diurno Disagiati Psicici
- Centro di salute mentale (CSM)
- Servizi dipendenze (SerD)
- Servizio sociale penale adulti

- Centro per l'impiego
- Centri di Formazione Professionale
- Servizi per le politiche abitative
- Beneficia di forme di sostegno erogate dal privato o dal volontariato con fondi propri
- CAD
- Protesica
- Altro _____
- Nessun Servizio Attivo

Nel caso in cui le istanze pervenute superino il numero di 10, verranno applicati i criteri di priorità di accesso agli interventi di cui all'art. 4 dell'Avviso Pubblico.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

L'utente individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio-Sanitario RM 5.3 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Info

- SI NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori

Data,

FIRMA

Allegati:

- Copia del documento di identità in corso di validità e copia del codice fiscale sia del richiedente che del beneficiario;
- Copia della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 104/92 oppure riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92.
 - ISEE (ordinario o sociosanitario) in corso di validità;
 - Per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno in corso di validità;
- Per i tutori: copia del provvedimento di protezione giuridica che legittima l'istante a rappresentare la persona con disabilità.

Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario di Tivoli RM 5.3

Palazzo San Bernardino da Siena (Palazzo del Comune) – Piazza del Governo n.1 – 00019 Tivoli (Roma)
Tel. 0774/453422-407-426-293 – E-mail: ufficiodipiano@comune.tivoli.rm.it
Pec: piano.dizona@pec.comune.tivoli.rm.it