

Percorsi per l'autonomia
Avviso Pubblico

PNRR - M5C2 - Inv.1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità

CUP: H74H22000220006

Codice ATS: LAZ_13

Al Comune di _____

Modello di Domanda

Il/La Sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____,

residente a _____ in Via _____, n. _____,

tel. _____

indirizzo mail _____.

tel. _____ (obbligatorio)

indirizzo mail _____.

In qualità di

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

per _____

nato a _____ il _____,

residente a _____ in Via _____, n. _____,

tel. _____

indirizzo mail _____.

CHIEDE

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

COMUNE DI JENNE
Protocollo Arrivo N. 5223/2022 del 12-12-2022
Allegato 1 - Copia Documento

ANAGRAFICA UTENTE

Cognome..... Nome.....

Nato/a il | | | a..... Prov.

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° Tessera Sanitaria.....

Residenza: Città Via

C.A.P.

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città

Via C.A.P.

Telefono utente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email @.....

Nazionalità

- Italiana
 - Comunitaria
 - Extracomunitaria
- Permesso di soggiorno: data inizio permanenza| | | scadenza
- Tipo _____
- Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo.
 - Protezione

Stato civile

- Celibe/Nubile

COMUNE DI JENNE
Protocollo Arrivo N. 5223/2022 del 12-12-2022
Allegato 1 - Copia Documento

- Coniugato/a
- Unioni civile
- 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 Giver

- Si indicare cognome e nome _____
- No

- 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 6, verranno applicati i criteri di priorità di accesso agli interventi di cui all'art. 8 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 5.4 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

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

Il sottoscritto è consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero,

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 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.