

Al Comune di _____

Via _____

CAP _____ Città _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E STESURA PROGETTO PERSONALIZZATO
(ai sensi del D.M. del 23.11.2016 e della DGR n. 6674/2017)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail: _____

In caso di domanda redatta da terzi

in qualità di:

- genitore
- familiare
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e-mail: _____

CHIEDE

in merito al progetto "Dopo di noi", che venga inoltrata la presente richiesta all'ASST territorialmente competente ai fini della predisposizione o revisione, di comune accordo con il sottoscritto, del proprio Progetto personalizzato redatto secondo le indicazioni di cui alla DGR n. 6674/2017.

Consapevole che l'accesso agli interventi è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato e che la tipologia di intervento sarà oggetto specifico di tale progetto, esprime il proprio interesse di massima per la seguente tipologia di sostegno:

- Accompagnamento all'autonomia
- Pronto intervento / Sollievo
- Supporto alla residenzialità

Segnala l'eventuale interesse a richiedere un contributo per i seguenti interventi strutturali relativi all'immobile/unità abitativa sito a _____ Via _____ n. _____ di proprietà di (Nome e Cognome) _____, da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi:

- Eliminazione barriere, messa a norma impianti, adattamenti domotici
- Canone locazione
- Spese condominiali

Segnala l'eventuale disponibilità:

- a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione (*specificare i nominativi di tali persone, che contestualmente presentano la propria richiesta di valutazione*):
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

Documentazione allegata:

1. Copia del documento di identità e codice fiscale
2. Copia del verbale di riconoscimento della condizione di disabilità grave (legge 104/1992) rilasciato dall'INPS
3. Informativa privacy (Allegato 4)
4. Dichiarazione sostitutiva concernente la composizione di nucleo familiare (Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) (Allegato 6)
5. Autocertificazione requisiti minimi (Allegato 7)
6. Attestazione ISEE ordinario in corso di validità (facoltativo)

Luogo _____, lì _____

Firma _____