

Allegato 2 – modello di domanda

*AL COMUNE DI MONTEFIASCONE
ENTE CAPOFILIA DEL DISTRETTO VT/I*

Il/la sottoscritto/a
nato a il
residente a in via.....n°.....
recapito telefonico
indirizzo e-mail

in qualità di diretto interessato

oppure

(specificare)

del/della sig./ra
nato a il
residente a in via.....n°.....
recapito telefonico
indirizzo e-mail

chiede di accedere ai finanziamenti previsti per i progetti di Vita Indipendente anno 2024.

a tal fine dichiara:

- di essere in possesso del certificato di invalidità civile (percentuale del) e della certificazione di handicap ai sensi della legge 104/1992;

- di essere:

- occupato presso
- disoccupato
- studente presso.....
- pensionato

- di avere un ISEE del valore di con scadenza.....;

- di avere le seguenti entrate mensili
.....
.....

dichiara inoltre:

- di essere disponibile a valutare proposte di esperienze, anche brevi, di coabitazione e di condivisione di momenti della giornata con altre persone con disabilità si no

- che i propri familiari

cognome e nome

grado di parentela

.....
.....
.....
.....

.....
di abitare per lo più

- da solo
- con i seguenti familiari
-
-
-
-
- con le seguenti altre persone senza vincolo di parentela
-
-
-
-
- in struttura residenziale, specificare
-

dichiara inoltre:

- di essere a conoscenza che, qualora il proprio progetto venisse ammesso a finanziamento, lo stesso verrà interrotto al verificarsi dei seguenti eventi:

- destinazione delle risorse economiche a scopi diversi da quelli definiti nelle presenti linee guida;
- inadempienze agli obblighi assunti
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro con l'assistente personale;
- volontà dell'interessato di sospendere il progetto di vita indipendente;
- mutamento delle condizioni/requisiti che avevano determinato la possibilità di accedere al progetto.
- mancata comunicazione tempestiva sulla variazione di una delle condizioni necessarie all'accesso al progetto;
- compimento dei 65 anni
- trasferimento della residenza in un comune rientrante in ambito territoriale di un altro Comune non facente parte del Distretto VT/1

dichiara altresì:

- Di autorizzare l'Ente ai sensi del D. Lgs 196/2003 e dal vigente Regolamento UE n.679/2016, al trattamento dei dati personali ai fini delle procedure d'Ufficio per il servizio in argomento.

_____, li _____ firma _____

documenti allegati:

- copia del verbale di invalidità civile e della certificazione di handicap
- copia di altra documentazione medica aggiornata
- dichiarazione ISEE in corso di validità o copia della DSU (in attesa di rilascio della certificazione ISEE)
- copia di un documento d'identità in corso di validità